Nina Soalheiro
organizadora

# SAÚDE MENTAL
para a
# ATENÇÃO BÁSICA

EDITORA
FIOCRUZ

# Saúde mental para a Atenção Básica

Nina Soalheiro (org.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SOALHEIRO, N., ed. *Saúde mental para a Atenção Básica* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, 249 p. ISBN: 978-65-5708-292-8. https://doi.org/10.7476/9786557082928.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

# SAÚDE MENTAL
para a
# ATENÇÃO BÁSICA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Presidente
*Nísia Trindade Lima*

VICE-PRESIDENTE DE EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO
*Cristiani Vieira Machado*

EDITORA FIOCRUZ
(GESTÃO 2017-2020)
Diretora
*Cristiani Vieira Machado*

EDITOR EXECUTIVO
*João Carlos Canossa Mendes*

EDITORES CIENTÍFICOS
*Carlos Machado de Freitas*
*Gilberto Hochman*

CONSELHO EDITORIAL
*Denise Valle*
*José Roberto Lapa e Silva*
*Kenneth Rochel de Camargo Jr.*
*Ligia Maria Vieira da Silva*
*Marcos Cueto*
*Maria Cecília de Souza Minayo*
*Marilia Santini de Oliveira*
*Moisés Goldbaum*
*Rafael Linden*
*Ricardo Ventura Santos*

Nina Soalheiro
Organizadora

# SAÚDE MENTAL
## para a
# ATENÇÃO BÁSICA

1ª reimpressão

EDITORA
FIOCRUZ

Copyright © 2017 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
Fundação Oswaldo Cruz / Editora

1ª edição: 2017 | 1ª reimpressão: 2019

Revisão e copidesque
*M. Cecilia Moreira*

Normalização de referências
*Clarissa Bravo*

Ilustração da capa
*A partir de* Territórios, *aquarela de Flávio Sagnori Mota, 2017*

Projeto gráfico, capa e editoração
*Adriana Carvalho Peixoto da Costa* e *Carlos Fernando Reis da Costa*

Produção gráfico-editorial
*Phelipe Gasiglia*

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S676s Soalheiro, Nina (Org.).

Saúde Mental para a Atenção Básica / organizado por Nina Soalheiro. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

249 p .: il. ; tab.

ISBN: 978-85-7541-495-8

1. Saúde Mental. 2. Transtornos Mentais – terapia. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Trabalho. 5. Agentes Comunitários de Saúde. 6. Promoção da Saúde. 7. Saúde Pública. 8. Violência Doméstica.9. Maus-tratos ao Idoso. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.2

2019

EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036, 1º andar
sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro, RJ
Tels.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
editora@fiocruz.br
www.fiocruz.br/editora

Editora filiada

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Aos incansáveis trabalhadores da atenção básica no SUS – aqueles que estão sempre lá onde a vida acontece – como nos ensinou Antonio Lancetti.

À Lara, minha filha, companheira de toda a vida.

*Por certo, escrever um livro é sempre correr um risco qualquer. Por exemplo, de não ter sucesso em escrevê-lo. Quando se sabe de antemão onde se vai terminar ou se vai chegar, há uma dimensão da experiência que falta, aquela que consiste precisamente em escrever um livro arriscado de não chegar à parte final.*

Michel Foucault

# Autores

Ana Lúcia Pontes

Médica, doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora da Ensp/Fiocruz.

Antonio Lancetti (*in memoriam*)

Psicólogo, psicanalista e analista institucional; consultor e colaborador do Ministério da Saúde, secretário de Ação Comunitária no município de Santos (SP), fundador e coordenador do Projeto Qualis em São Paulo. Foi um dos líderes da histórica intervenção e fechamento da Casa de Saúde Anchieta.

Augusto César Rosito Ferreira

Educador físico, especialista em acupuntura e eletroacupuntura pelo Colégio Brasileiro de Acupuntura, mestre em educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e doutorando em educação da mesma instituição; professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz.

Carlos Estellita-Lins

Psiquiatra e psicanalista, doutor em filosofia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; pesquisador e professor em cursos de pós-graduação do Laboratório de Informação Científica e Tecnológica em Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz. Membro do comitê de suicidologia da World Psychiatry Association.

Clarice Portugal

Psicóloga, mestre em informação e comunicação em saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, e doutoranda em saúde coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Daniel Groisman

Psicólogo, doutor em serviço social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, professor e pesquisador do Laboratório de Educação Profissional na Atenção à Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz.

Desiane Martins

Terapeuta ocupacional, com residência em saúde mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; terapeuta ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Leslie Sanford Chavin (Duque de Caxias/RJ) e do Caps Linda Batista (Rio de Janeiro/RJ).

Elaine Teixeira Rabello

Psicóloga, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); professora e pesquisadora do IMS/Uerj.

Flávio Sagnori Mota

Graduando em psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; bolsista do Programa de Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde para o SUS, da Fundação Oswaldo Cruz.

Grácia Gondim

Arquiteta, doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); docente-colaboradora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da pós-graduação da Ensp/Fiocruz, professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz.

Marco Aurelio Soares Jorge

Psiquiatra, doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz. Membro da equipe clínico-jurídica do Grupo Tortura Nunca Mais (RJ).

Mariana Nogueira

Enfermeira, mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e doutoranda do Programa de Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz.

Nina Soalheiro (organizadora)

Terapeuta ocupacional, doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz e colaboradora do Laboratório de Pesquisas em Saúde Mental da Ensp/Fiocruz.

Renata Veloso Vasconcelos

Educadora física, mestre em educação física pela Universidade Gama Filho e doutoranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz; bolsista de doutorado da Capes.

Sergio Alarcon

Psiquiatra e bacharel em filosofia, doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz; pesquisador da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso do Brasil) e diretor técnico da Coordenadoria de Saúde Mental de Seropédica (RJ).

Veronica Miranda de Oliveira

Psicóloga, mestre em comunicação e informação em saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz. Atua em clínica particular com formação em terapia cognitivo-comportamental.

# Sumário


Prefácio ..... 15

Apresentação ..... 17

1. Oito Questões Sobre a Saúde Mental do Projeto Qualis ..... 25
*Antonio Lancetti*

2. Atenção Psicossocial e a (Des)institucionalização como Eixo do Cuidado ..... 33
*Nina Soalheiro* e *Desiane Martins*

3. Território, Saúde Mental e Atenção Básica ..... 57
*Nina Soalheiro* e *Grácia Gondim*

4. Trabalho, Saúde e o Processo de Trabalho em Saúde: considerações sobre o agente comunitário de saúde ..... 83
*Mariana Nogueira* e *Ana Lúcia Pontes*

5. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Saúde Mental na Atenção Básica .... 107
*Renata Veloso Vasconcelos*

6. Saúde Pública, Saúde Mental e a Lógica Ampliada da Redução de Danos ..... 127
*Sergio Alarcon*

7. O Problema dos Cuidados no Brasil que Envelhece: corresponsabilidades e questões para a saúde mental ..... 143
*Daniel Groisman*

8. Linhas de Cuidado na Valorização da Vida ..... 163
*Carlos Estellita-Lins*, *Clarice Portugal* e *Veronica Miranda de Oliveira*

9. Manejo do Risco de Suicídio na Atenção Básica ..... 181
*Carlos Estellita-Lins*

10. As Práticas Grupais em Saúde ..... 199
*Marco Aurelio Soares Jorge*

11. Diagnóstico e Medicalização: questões para a saúde mental e a atenção básica ..... 211
*Nina Soalheiro*, *Elaine Teixeira Rabello* e *Flávio Sagnori Mota*

12. Saúde Mental na Perspectiva da Medicina Chinesa e sua Aplicação na Atenção Básica em Saúde ..... 229
*Augusto César Rosito Ferreira*

# Prefácio

O processo brasileiro de reforma psiquiátrica se tornou conhecido em todo o mundo. É comum ouvirmos dizer que a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) ou a Organização Mundial da Saúde (OMS) referem-se ao Brasil para destacar a viabilidade de um processo de superação do modelo manicomial, asilar, hospitalocêntrico e outras expressões similares. Mas professores e pesquisadores renomados de várias partes do mundo também fazem referências honrosas à nossa experiência.

Tal reconhecimento pode ser explicado por determinadas características deste processo que ultrapassaram a mera "reestruturação da assistência psiquiátrica", conforme definido pela própria Opas. Para entender essa dinâmica, tenho utilizado a noção de *processo social complexo*, que implica a existência de dimensões que são complementares, simultâneas e intra-articuladas, configurando uma ideia de movimento e de processo *instituinte*.

Desde o início, o processo brasileiro de reforma psiquiátrica adotou e instaurou uma crítica epistemológica vigorosa ao modelo psiquiátrico de produção de conhecimento. As experiências anteriores, tais como aquelas que ocorreram na Inglaterra, França, Espanha, EUA, Canadá, para citar apenas as mais conhecidas, não ousaram colocar em discussão o paradigma psiquiátrico e se reduziram a propostas de reorganização administrativa do fluxo de serviços, de otimização de recursos, de humanização dos procedimentos e assim por diante. Os resultados mais significativos dessas experiências apontavam para a noção de desinstitucionalização como medidas direcionadas para a redução de internações, embora poucas vezes alcançadas com algum êxito. Configuraram-se como estratégias de desospitalização, e não como processos de desinstitucionalização, tais como propostos pela experiência italiana e sistematizados nos escritos de Franco Basaglia, Franco Rotelli e outros importantes colaboradores.

Dessa forma, numa marcada iniciativa de ruptura, o processo brasileiro passou a colocar entre parênteses não apenas a noção de doença mental (e seus eufemismos subsequentes, tais como distúrbio ou transtorno mental), mas também a concepção vigente da clínica nas tradições *psis* (tratamento, cura e recuperação, dentre outras).

Com a clínica, ou as clínicas, entre parênteses, mostrou-se necessário ir além da simplificação antes adotada pelas estratégias de fechamento de manicômios e de abertura de serviços pós-hospitalares. Seria preciso mudar a cultura das práticas de cuidado, da formação e atuação profissional, da relação com os próprios sujeitos com diagnósticos psiquiátricos. O fato de terem recebido um diagnóstico não significa que tenham o transtorno, tampouco o fato de terem algum transtorno não é sinônimo de que as práticas e saberes *psis* produzam conhecimentos e possibilitem ajuda verdadeira a tais pessoas.

É nesse contexto que surge a potência da construção de práticas de saúde mental e atenção psicossocial na atenção básica no território. A atenção básica é uma estratégia, não um modelo ou uma técnica, e é por esse motivo também que a Saúde da Família é uma estratégia. Ambas apontam para uma atitude crítica ao modelo biomédico, especialístico, patologizante, redutor da experiência humana, da experiência do processo saúde/sofrimento, da determinação social da experiência de sofrimento.

*Saúde Mental para a Atenção Básica*, organizado por Nina Soalheiro, insere-se nesta nova concepção e vem propiciar novas possibilidades para todos os profissionais que atuam no campo da atenção básica. Além das instigantes discussões sobre a própria concepção do campo da saúde mental e atenção psicossocial, a atenção básica, a noção de território, a obra apresenta brilhantes reflexões do saudoso amigo e intelectual orgânico da reforma psiquiátrica brasileira, Antonio Lancetti, a respeito do pioneiro e inovador Projeto Qualis de São Paulo, que serviu de linha norteadora de grande parte das experiências brasileiras.

Trata-se de um livro fundamental para estar ao lado, à mão e à cabeceira de todos que querem transformar o cuidado às pessoas em sofrimento, aos familiares e à sociedade.

Façam um bom uso e tenham um excelente proveito!

*Paulo Amarante*

Doutor em saúde pública, pesquisador titular e coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Escola Nacional de Saúde Púbica Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, e presidente de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental.

# Apresentação

O livro que ora apresento a você, leitor, aborda temas em saúde mental na atenção básica, tendo como principal objetivo oferecer às equipes de saúde a sistematização de conceitos, junto com o convite de torná-los ferramentas para renovar suas práticas e construir abordagens psicossociais, inseridas na perspectiva da desinstitucionalização. Um desafio que não se mostrou tarefa simples, envolvendo o esforço de muitos. Sim, pois somos muitos e diversos, como nas equipes de trabalho, como na vida real.

Um dos nossos desafios foi – sem prometer uma leitura fácil, já que não pensamos ser esse um bom caminho – trabalhar as diversas temáticas de saúde mental que possam interessar aos profissionais das equipes de atenção básica de uma forma acessível, mas mantendo sua complexidade. Ou seja, buscar uma linguagem que permita o nosso diálogo com profissionais da saúde fora do mundo *psi*, mas que querem se aproximar, entender e cuidar das pessoas que vivem experiências de sofrimentos psíquicos mais ou menos graves ou que constroem uma forma muito própria de pensar e viver.

Ao decidir organizar este livro, tinha em mente produzir um instrumento de trabalho que ajudasse na coletivização dos saberes e práticas no contexto do diálogo entre saúde mental e atenção básica. Foi escrito por profissionais com longa experiência de trabalho no campo da saúde mental – sem deixar de incluir também estudantes e profissionais da rede que se aproximaram do nosso grupo em busca de formação – motivados pelo desejo de sermos lidos pelos trabalhadores da saúde da família: agentes comunitários de saúde, dentistas, enfermeiros, médicos de família, técnicos de enfermagem... E, claro, por aqueles que se interessam pelos temas abordados, seja qual for seu ponto de vista: equipes e gestores da saúde e saúde mental, profissionais de outras áreas fora do âmbito da saúde, familiares, usuários, enfim, que sejam bem-vindos todos.

Por isso torna-se necessário situar o contexto de origem desta obra: o processo de trabalho coletivo da pesquisa coordenada por mim, intitulada Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais no Território: uma investigação das demandas e práticas de cuidado em saúde mental na ESF no município do Rio de Janeiro. A pesquisa foi apoiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), dentro do Programa de Pesquisa para o SUS/PPSUS, cujo foco são os problemas prioritários de saúde que atingem a população brasileira e o fortalecimento do Sistema único de Saúde (SUS). Foi realizada em unidades de saúde da família dos territórios de Manguinhos e do Complexo do Alemão, no período de 2009 a 2013, pelos integrantes do grupo de pesquisa Desinstitucionalização, Políticas Públicas e Cuidados/Pólis, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Esta coletânea, apesar da sua importância, não é o único produto da pesquisa. Seus resultados já foram divulgados em diversas outras situações – relatório de pesquisa, seminário (Saúde Mental na Atenção Básica: desafios atuais, realizado na EPSJV/Fiocruz em 2013), apresentações em congressos científicos,[1] e capítulo de livro[2] elaborados pela equipe – todas dirigidas para os trabalhadores, numa linha de continuidade da perspectiva colaborativa entre a pesquisa e o campo do cuidado em saúde mental na atenção básica, um dos objetivos que reúne o grupo de pesquisadores e os autores convidados.

A equipe de pesquisadores trabalhou com um conjunto de estratégias de metodologias qualitativas e colaborativas que incluíram entrevistas com gestores; grupos focais com trabalhadores das equipes de saúde da família dos territórios estudados; visitas sistemáticas ao campo para observação e discussão de resultados parciais; e, por fim, a construção das formas de participação das equipes na elaboração dos temas a serem abordados no livro.

Esse foi um longo processo que levou nossa equipe a pensar na distância entre o universo das pesquisas e o campo do cuidado no território, e a exercitar uma aproximação entre questões acadêmicas e práticas de cuidado. O que nos conduziu, por sua vez, à busca de metodologias colaborativas que pudessem desconstruir a ideia do pesquisador como enunciador de verdades ou um avaliador neutro do trabalho das equipes. Assim, a experiência acumulada nos três anos de pesquisa e, principalmente, a disponibilidade das equipes para participar de um dispositivo de pesquisa que exige esforço pessoal e disposição para coletivização dos problemas fizeram-nos compreender a própria pesquisa como instrumento potente para o exercício de

[1] Soalheiro, N. I. *et al*. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trabalho, Saúde e Educação*, 15(1): 33-53, 2017. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00046.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

[2] Soalheiro, N. I. *et al*. Território, violência e adoecimento: reflexões para a saúde mental e atenção básica. *In*: NUNES, M. & LANDIM; F. L. P. (Orgs.). *Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano*, Salvador: Edufba, 2016.

refletir sobre processos de trabalho. Ao final, entendemos que sua realização, a sistematização dos resultados, os artigos produzidos a partir dela e a elaboração deste livro constituíram um longo trabalho para todos os sujeitos envolvidos: gestores, equipes, usuários/familiares e pesquisadores.

A cada um dos autores dos capítulos foi feito o convite de apresentar inicialmente certa contextualização histórica do tema a ser desenvolvido, mas tendo uma perspectiva já autoral, no sentido de ser uma história organizada e contada do seu ponto de vista. Cada um de nós vai apresentar o seu subtema no contexto da saúde coletiva e saúde mental, definindo-o e situando-o no debate do campo, com base em nossas leituras e autores de referência. Em seguida, cada autor vai desenvolver o tema, apresentando sua relevância para a atenção básica, seu potencial para nela trabalhar a dimensão da saúde mental e seus conceitos fundamentais, os quais serão também estruturantes dos capítulos.

Como veremos, na medida em que se desenvolve a discussão, assume mais importância o estilo de escrita do autor ou autores, mas também se torna fundamental a ideia de sistematizar conceitos, que podem vir a ser ferramentas de trabalho para as práticas. Combinamos ainda que finalizaríamos com um tom mais propositivo sem ser prescritivo, focando na importância potencial de cada tema para o cuidado em saúde mental na atenção básica e em orientações gerais para as práticas.

Dessa forma, o livro ganha vida por meio dos autores que o escrevem e daqueles – clássicos e atuais – aos quais recorremos para construir nossas reflexões e proposições, todos identificados com a proposta da (des)institucionalização como eixo do cuidado. Um cuidado em liberdade, que visa a superar o isolamento histórico das pessoas que convivem com o sofrimento psíquico mais ou menos intenso e que necessitam de apoio e cuidados. A perspectiva da (des)institucionalização, tal como a entendemos neste livro, é aquela que nos impulsiona para uma cultura do cuidado em instituições abertas e com um estilo coletivo de trabalho. A desinstitucionalização como um conceito transversal a todos os capítulos interroga e define a natureza das nossas relações – pesquisadores, gestores, trabalhadores, usuários, familiares – no contexto das instituições e destas com o território e suas redes sociais.

Como o leitor verá, não somos um grupo que quer dizer aos profissionais da saúde da família como agir diante das pessoas que passam a ser identificadas como casos de saúde mental. Procuramos escrever para ajudá-los a pensar sobre histórias de vida, sobre aquilo que já fazem, sobre possibilidades de ressignificar suas práticas. E nos propomos a fazer isso à luz de conceitos e temas que a saúde mental vem trabalhando em décadas de reforma psiquiátrica e também à luz de conhecimentos que ajudem a todos a superar as dicotomias entre corpo e mente, entre subjetivo e social. Como organizadora deste volume, explicito o desejo de contribuir para o reconhecimento e a invenção das abordagens psicossociais na atenção básica sem aprisionamento a verdades psicologizantes ou medicalizantes, no universo tão complexo do processo saúde/doença/cuidado.

Temos consciência que os saberes *psis* não esgotam as possibilidades de abordagens da subjetividade e todas as questões que envolvem o processo de adoecimento com sofrimento psíquico. Outras dimensões estão envolvidas, como a cultura, o ambiente e o território de vida; outros saberes e práticas podem contribuir para o acolhimento e tratamento, como, por exemplo, a medicina chinesa e as práticas corporais, escolhidas para serem abordadas neste livro. E já sabemos disso o suficiente para valorizar a importância das abordagens que propõem a superação da dicotomia corpo/mente, promovendo novas conexões tão necessárias ao nosso campo.

O trabalho das equipes na atenção básica/saúde da família como ordenadora do cuidado em saúde traz implícita a exigência de um *saber fazer* um cuidado interdisciplinar, integralizado e territorial. Mas pouco se discute sobre essa exigência do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), as ferramentas disponíveis, a angústia dos profissionais diante do *como fazer*, para além da profusão de cartilhas indicando *o que fazer*. Assim, o profissional formado na lógica biomédica, e que trabalha limitado por rotinas e protocolos de procedimento dentro da mesma lógica, vê-se confrontado com os problemas do território e dos sujeitos que ali vivem, demandando cuidados.

Este livro procura ir além da tradição da linguagem e da escuta *psi* para falar diretamente aos profissionais das equipes de saúde da família, entender como o recurso da *escuta* tem sido utilizado, reconhecido e valorizado pelos mesmos dentro do seu contexto de trabalho. Partimos da evidência, identificada na nossa pesquisa, de uma baixa percepção, por parte destes profissionais, do potencial terapêutico da atenção básica, em especial das possibilidades de ações advindas de uma escuta que reconhecem fazer e que nomeiam como "sem método" e fora dos protocolos. Ao apresentar os temas trabalhados – sabendo que muitos não foram contemplados –, pretendemos ajudá-los a identificar práticas territoriais de cuidado que poderiam ser caracterizadas como abordagens psicossociais, dar visibilidade ao que já é feito, potencializar essas práticas e avançar na perspectiva da inclusão da saúde mental orientada para a (des)institucionalização na atenção básica em saúde.

Com esse objetivo em mente, farei a seguir uma breve apresentação dos conteúdos desenvolvidos em cada capítulo para ajudar o leitor a se orientar na busca das suas questões, com as quais esperamos contribuir depois deste longo percurso de trabalho. Desejamos sinceramente que essas questões estejam contempladas ao longo do livro, o qual pode ser lido a partir do ponto de partida de cada leitor, qualquer que seja ele. Não há uma ordenação prévia de sentido, não escrevemos um manual, mas nos esforçamos para sermos pedagógicos e propositivos. Por isso, ao final de cada capítulo, os autores destacam e indicam, como *sugestões de leitura*, três trabalhos especialmente escolhidos para os leitores que querem dar continuidade aos estudos.

O primeiro capítulo, "Oito questões sobre a saúde mental do Projeto Qualis", abre as portas deste volume resgatando e atualizando uma experiência pioneira no campo da saúde mental na atenção básica. Antonio Lancetti brinda-nos com um texto que

começa com um inusitado telefonema, incluindo referências pessoais a importantes sanitaristas brasileiros com os quais conviveu, para terminar desenvolvendo oito questões que registram aquilo que ficou e deve persistir do Projeto Qualis e a metodologia inovadora criada na intensidade dessa experiência acontecida em São Paulo entre 1998 e 2004. Lancetti, protagonista fundamental desse projeto e também da emblemática experiência de Santos/SP, mais que autor, é, sobretudo, uma referência histórica e bibliográfica para o conjunto do livro.

Em "Atenção psicossocial e a (des)institucionalização como eixo do cuidado", o que se discute é a desinstitucionalização, um conceito muito importante para a saúde mental tal como aqui entendida, procurando apresentá-lo como um eixo orientador para o cuidado e as abordagens psicossociais, tema fundamental para aqueles que querem pensar sobre saúde mental na atenção básica. As autoras abordam o tema e o conceito em suas diversas dimensões e usos para refletir sobre o social, as instituições e a experiência da doença, acrescentando algumas reflexões sobre as práticas e orientações propositivas.

A seguir, "Território, saúde mental e atenção básica" tem como objetivo trabalhar os conceitos necessários para entender a complexidade da dimensão de território e contexto na saúde e saúde mental, sua relação com os processos de adoecimento e sua importância para as práticas de saúde. Discute o desenvolvimento do conceito de território e sua apropriação no contexto da ESF e da saúde mental, a partir de uma tradição que afirma os territórios como contextos de vida expressa pela história de pessoas e lugares, pela cultura, pelos movimentos sociais e forças políticas, na maioria das vezes, em conflito.

No capítulo "Trabalho, saúde e o processo de trabalho em saúde: considerações sobre o agente comunitário de saúde", as autoras iniciam com questões que consideram fundamentais para a área da saúde, seja na assistência, na docência ou na pesquisa. O que é trabalho? O que é saúde? O que é processo de trabalho em saúde? A partir delas fazem um convite à reflexão e análise da relação entre trabalho e saúde, já se posicionando como atores impregnados por uma teoria, como pesquisadoras guiadas por suas experiências e visão de mundo. Ressaltam que o texto não deve ser lido como um conjunto de regras, mas como perspectivas inseridas em um contexto de disputas de sentidos e interesses dentro do modo de produção capitalista. Apresentam, a seguir, um panorama sobre o agente comunitário de saúde (ACS), as disputas e dilemas em torno de um trabalhador em destaque nas políticas públicas.

"Promoção da saúde, práticas corporais e saúde mental na atenção básica" trata de conceitos e possibilidades de ações, convidando o leitor a pensar sobre saúde mental na atenção básica, levando em conta a contribuição das práticas corporais como uma abordagem possível para o sofrimento psíquico. Tais práticas são analisadas com um enfoque crítico da promoção da saúde e do risco e, ao final, apresentam-se algumas reflexões sobre a potência de práticas corporais não prescritivas. Retomam-se as formas

pelas quais as práticas corporais vêm se configurando em relação à promoção da saúde e os discursos que têm produzido um hiperdimensionamento do risco, colaborando para a produção de um ambiente riscofóbico, em que a culpabilização do indivíduo aliada às estratégias de uma hiperprevenção, podem vir a gerar mais adoecimentos.

Em seguida, "Saúde pública, saúde mental e a lógica ampliada da redução de danos", procura resgatar algumas ideias essenciais que relacionam esses termos no contexto contemporâneo da saúde pública. Ponderando que a teoria não seria algo *abstrato*, sem relação com a prática, ou algo que a expressa ou traduz, o autor se empenha em situá-la como uma caixa de ferramentas que deve funcionar como tal. Resgata a construção histórica do conceito de saúde e suas polissemias para discutir a desconstrução de mitos e propor ferramentas instituintes da redução de danos, como uma nova ética para o cuidado integral às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, que incorpora a complexidade das relações entre substâncias e afetos.

Em "O problema dos cuidados no Brasil que envelhece: corresponsabilidades e questões para a saúde mental", o autor inicia problematizando a crescente publicização dos casos de violência domiciliar contra pessoas idosas e alerta para a chegada da denominada *crise nos cuidados* no cenário contemporâneo brasileiro. Uma crise contextualizada por uma diminuição da disponibilidade da família, a tradicional instância cuidadora, e um cenário de aumento do número de pessoas dependentes, fruto do processo de extensão da longevidade e envelhecimento da população. Dessa forma, discute-se sobre os mitos envolvidos nessa problemática, enfatizando a necessidade de esclarecimentos e qualificação da rede de trabalhadores das políticas de saúde, bem como a de setores correlacionados, como a assistência social e direitos humanos. Assim, identificam-se aspectos fundamentais para prover acolhimento aos usuários dos serviços, cada vez mais envelhecidos, e dar encaminhamentos adequados às demandas de cuidado e situações sociais de vulnerabilização.

Dois capítulos distintos, porém articulados, foram dedicados ao problema ainda pouco lembrado do suicídio no Brasil: "Linhas de cuidado na valorização da vida" e "Manejo do risco de suicídio na atenção básica". A exígua literatura nacional sobre um tema de tal relevância nos levou a abordá-lo em dois momentos, buscando contribuir para o desenvolvimento de competências para o planejamento das estratégias de prevenção e linhas de cuidado para o suicídio, na perspectiva da integralidade. Afetando potencialmente qualquer cidadão da comunidade, o risco de suicídio demanda envolvimento dos profissionais da saúde da família, compartilhamento de responsabilidades e contato intenso dessas equipes com o usuário. São profissionais que se encontram numa posição privilegiada para atender grupos e populações vulneráveis como idosos, desempregados, solitários, pessoas em luto ou vivendo perdas, distintas etnias indígenas etc.

A valorização da vida se torna fundamental num contexto de aumento das taxas de prevalência do suicídio e de pouca fidedignidade das estatísticas brasileiras,

mas que já sugerem populações demandando atenção especial. O capítulo "Linhas de cuidado na valorização da vida" apresenta o suicídio como um desfecho que se expressa na clínica por meio de ideias ou planos de autoextermínio, por isso falar de risco de suicídio inclui uma escalada que vai do risco (ideação-plano) até a tentativa de autoextermínio, a qual costuma ser secundada por outras ao longo da vida. Uma tentativa de suicídio teria alto poder preditivo para outro evento, daí a importância de estratégias preventivas e de valorização da vida. Em "Manejo do risco de suicídio na atenção básica" são discutidas iniciativas de primeiros socorros em saúde mental, o valor da comunicação interpessoal e das redes sociais, do cuidado domiciliar, das terapêuticas. Ao final, mostra-se que, apesar dos esforços de construção de políticas públicas com foco na prevenção do suicídio, dos avanços na pesquisa e assistência, a formação dos trabalhadores permanece como um espaço ainda carente de investimento em produções científicas e educação profissional.

No capítulo seguinte, "As práticas grupais em saúde", o autor nos traz reflexões acerca das estratégias grupais como um dispositivo de intervenção e cuidado no campo da saúde mental e da atenção básica. Com base na perspectiva da clínica política, resgata e sistematiza conceitos para que os profissionais busquem uma maior fundamentação para suas práticas, a motivação para renová-las e a conscientização de como se desenvolvem essas atividades no cotidiano dos equipamentos de saúde – suas potências, impasses, ambiguidades e contradições. Discute ainda o interesse despertado pelas práticas com grupos, não apenas no campo da saúde mental, mas também em outros dispositivos de saúde, especialmente na ESF, na qual o trabalho em equipe requer uma coletivização das atividades desenvolvidas com a população atendida.

Em "Diagnóstico e medicalização: questões para a saúde mental e a atenção básica", os autores convidam à reflexão sobre práticas de saúde possíveis, sobre a própria saúde como processo e conquista individual e coletiva, inserida no contexto dos territórios e dos sujeitos que o habitam. Se a ordem é não medicalizar, como podemos pensar em práticas (des)medicalizadas e (des)institucionalizadas? Apesar de reconhecerem ser essa uma questão já suficientemente complexa, os autores estimulam o leitor a ir além e a se perguntar como pensar a saúde mental na atenção básica, considerando a incidência crescente, no campo da saúde e saúde mental, da chamada medicalização da vida, aqui entendida como uma valorização hiperdimensionada na sociedade de um saber oriundo e próprio do campo da biomedicina e da psiquiatria. Discutem-se, no capítulo, os temas do diagnóstico e medicalização como pontos fundamentais na construção de uma atenção psicossocial articulada com a atenção básica.

No último capítulo, "Saúde mental na perspectiva da medicina chinesa e sua aplicação na atenção básica em saúde", temos um autor convidado discorrendo sobre as conexões possíveis entre medicina chinesa, saúde e saúde mental. Inspirado pela sua longa experiência nesse campo, a autor nos brinda com uma apresentação da cosmologia chinesa – isto é, o modo chinês de ver e explicar as coisas, o mundo, o ser

humano – fruto de uma cuidadosa revisão de literatura. Ao longo do capítulo, cumpre seu objetivo de situar, para os trabalhadores da saúde da família, a medicina chinesa como uma alternativa válida e útil para inspirar e orientar as ações de cuidado, atenção e promoção em saúde, especialmente no que se refere à saúde mental. Procura-se, assim, abrir as portas para que o leitor tenha acesso ao tema com um texto que procura explicar o básico da medicina chinesa/cosmologia chinesa, de maneira séria e rigorosa, por acreditarmos que aí reside o potencial de uma grande contribuição ao trabalho em saúde, o que já pode ser constatado em algumas experiências no SUS.

Antes de finalizar esta apresentação, gostaria de registrar alguns agradecimentos indispensáveis. A Paulo Amarante, Mônica Nunes e Alice Pessanha, pelos textos que avalizam o livro e marcam sua presença nele. A Juarez Furtado, amigo querido de longa data, colaborador e inspirador desta ousadia. A João Canossa pela parceria e acompanhamento atento do processo de construção do livro desde o seu início. À revisora, pelo trabalho dedicado e rigoroso. Aos autores, que dedicaram seu esforço intelectual e experiência ao projeto, esperando pacientemente anos a fio o momento desta publicação. À família de Antonio Lancetti, por autorizar a publicação do seu capítulo, em especial a Matias Lancetti, por ter sido tão generoso ao partilhar comigo a dura tarefa de finalização do texto do seu pai, em meio a tanta dor. Aos colegas e amigos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, em especial àqueles do grupo Pólis. Aos muitos trabalhadores da saúde da família do Rio de Janeiro que participaram deste processo, em especial os sujeitos da pesquisa. Aos meus queridos bolsitas Danubiah Mendes e Marília Albuquerque, pela ajuda constante, e, muito especialmente, a Flávio Sagnori, companheiro de trabalho neste projeto, sempre à postos para fazer serões via computador nos fins de semana e madrugadas. Ao Fernando Freitas e Natália Freitas, por me darem uma estrutura de família ao longo de todo o processo de construção do livro.

Espero que o leitor encontre, nas páginas que se seguem, conceitos e reflexões para renovar suas práticas e construir novas, de imediato convidando-o para buscar na leitura dos temas que se sucedem e que – dentro dos limites colocados para qualquer trabalho – procurei sistematizar e apresentar no formato de um livro. E como livros costumam ser entidades que podem se materializar ou não, e como, neste caso, depois de alguns anos está aqui materializado, só me resta desejar que *Saúde Mental para a Atenção Básica* se torne, para você leitor, um bom companheiro de trabalho.

*A organizadora*

# 1

# Oito Questões Sobre a Saúde Mental do Projeto Qualis[1]

*Antonio Lancetti*

Era uma manhã de novembro de 2000, estava indo nadar quando tocou o celular.

– Eu vou escrever o prólogo do livro, mas com uma condição.

– Qual professor?

– Tire a palavra "morte" do título do primeiro artigo. Nós vamos continuar.

– De acordo professor, eu vou mudar. Ontem estive no hospital, David[2] estava melhor.

– Lancetti, esses pacientes... quando melhoram não significa que vão viver e quando pioram não significa que vão morrer. Uma sombra de embargo deixava transparecer a voz de Adib Jatene,[3] além de sua sabedoria clínica.

[1] Este texto foi enviado à organizadora em 30 de março de 2014. O autor faleceu em 15 de dezembro de 2016, sem que pudesse vê-lo publicado. A partir dessa data, a responsabilidade de todo o processo de trabalho que envolve a publicação deste capítulo foi assumida conjuntamente pela organizadora e por Matias Lancetti, filho do autor. (N.O.)

[2] David Capistrano da Costa Filho nasceu em uma família de militantes políticos. O pai foi assassinado, e ele mesmo foi preso pela ditadura militar várias vezes. Médico sanitarista, durante toda a vida trabalhou em defesa da saúde pública. Como secretário de Saúde de Santos e Bauru, concebeu e implantou políticas públicas importantes na gênese do SUS e na organização atual da atenção básica. Como prefeito de Santos, foi gestor da histórica intervenção na Casa de Saúde Anchieta, experiência fundamental para a reforma psiquiátrica no país. Fundador do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e do Projeto Qualis, morreu precocemente, aos 52 anos, deixando sua marca de ousadia e pioneirismo no campo das políticas públicas. (N.O.)

[3] Adib Jatene destacou-se por ter sido o primeiro médico a realizar cirurgia de ponte de safena no Brasil. Na política, atuou como secretário estadual da Saúde de São Paulo, tendo sido também ministro da Saúde por duas vezes. Criou a polêmica Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), imposto para financiar a saúde, e deu continuidade ao projeto dos medicamentos genéricos e ao premiado programa de combate à Aids. (N.O.)

Poucas horas depois dessa conversa falecia David Capistrano, o inventor e líder do Projeto Qualis/PSF.[4]

O primeiro capítulo do livro a que se fez referência, *SaúdeLoucura 7: saúde mental e saúde da família* (Lancetti, 2002),[5] chamava-se "Vida e morte de um projeto de saúde mental". Era difícil não pensar na palavra morte naqueles dias de pesar.

Naquela São Paulo sem o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de ser o município mais rico da federação e de terem passado dez anos da promulgação da Constituição Federal; em meio ao desastre sanitário paulistano com o Programa de Assistência à Saúde (PAS), criado por Paulo Maluf anos antes, coexistindo com uma rede sucateada do estado, o Projeto Qualis/PSF tinha adquirido visibilidade e contava com mais de 90% de aprovação. David tinha sido prefeito de Santos na gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), as eleições se aproximavam e foi demitido quando estava gravemente doente, junto com a maior parte de sua equipe.

O primeiro capítulo de *SaúdeLoucura 7* veio a se chamar "Saúde mental nas entranhas da metrópole", o título mudou porque apostamos em diversas maneiras de dar continuidade à experiência.

Mas se é verdadeira a tese implícita naquele telefonema, o que persistiu desse modo de produzir saúde mental? Mais incisivamente, Nina Soalheiro, organizadora deste livro, pergunta o que aconteceu com a metodologia criada nessa experiência de produção de saúde mental desenvolvida entre os anos 1998 e 2004.

## PRIMEIRA QUESTÃO

A primeira questão que persiste como ensinamento fundamental é a intensidade e a integralidade necessárias para produzir saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF): o Qualis foi uma experiência de vitalidade eletrizante.

Vivia-se um estado instituinte desde a penetração no território, o conhecimento das lideranças locais, a formação de conselhos gestores e o aprendizado constante, pois ninguém era formado: o geriatra aprendia a tratar de crianças, e o pediatra a fazer toque ginecológico. O pneumologista capacitava os médicos de família para

[4] O Qualis (Qualidade Integral à Saúde)/PSF (Programa Saúde da Família) foi implementado em 1998 por David Capistrano da Costa Filho na cidade de São Paulo e contava com equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Antônio Lancetti participou da coordenação da equipe de saúde mental e foi protagonista na produção de ações inovadoras no âmbito do PSF, de forma integrada com a equipe da atenção básica. O programa foi premiado na Conferência Nacional de Saúde de 2001e tornou-se referência pela sua importância, riqueza de trocas e complexidade. (N.O.)

[5] O livro que o autor menciona foi organizado por ele e se tornou uma obra de referência. Nele são apresentadas experiências pioneiras desenvolvidas nos PSFs em diferentes lugares do Brasil, os quais se utilizam de diferentes metodologias, mas todas apoiadas nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. (N.O.)

fazer espirometrias e diagnóstico de tuberculose e, quando internado, acompanhava o paciente no hospital.

O gastroenterologista fazia endoscopia de modo a diagnosticar e resolver o máximo de problemas no território. Os oftalmologistas capacitavam os médicos de família para fazer exame de fundo de olho e, como parte da troca permanente entre especialistas e generalistas, fazia visita domiciliar para tratar seu paciente com diabetes. E assim, os dentistas, técnicos de higiene dentária e auxiliares de consultórios dentário aprendiam a tratar psicóticos.

Os casos complexos de qualquer especialidade, por exemplo neurológicos, eram acompanhados por toda a equipe da ESF.

Os agentes comunitários de saúde se capacitavam em inúmeras áreas. Todos faziam um dia de capacitação por semana.

A capacitação em saúde mental começou com os agentes comunitários de saúde e foi destinada a todos os profissionais, incluídos os médicos especialistas.

As festas, as invenções dos agentes de saúde e as intervenções urbanas, programas de prevenção à Aids e diversos programas educativos animavam um clima instituinte que foi a esteira sobre a qual foi criado o programa de saúde mental.

Duas equipes multidisplinares volantes operavam em Sapopemba, na região sudeste, e na Vila Nova Cachoerinha, na região norte de São Paulo. Em cada região havia uma rede de atenção básica composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada uma delas com um ambulatório de especialidades.

Produzir saúde mental em territórios complexos cobertos pela ESF é ir contra o senso comum e contra as tradições asilares, seja a tradicional psiquiátrica ou as fundamentadas em abstinência de drogas e suspensão da liberdade, como as que se praticam nas famigeradas comunidades terapêuticas.

A intensidade aludida é matéria-prima de primeira ordem.

## SEGUNDA QUESTÃO

A segunda questão, que tem validade polêmica até o dia de hoje, é a diretriz do Projeto Qualis de atender em primeiro lugar as pessoas mais graves.

Para ilustrar o *modus faciendi* das equipes volantes de saúde mental, lembramos o texto de Paulo Logullo Gonçalves (2002), psicólogo da equipe volante, em que ele diz que vale lembrar que se trata de casos graves de famílias em grande dificuldade que vivem em região totalmente desassistida. Além das reuniões de discussão de casos e dos atendimentos propriamente ditos, somos, a todo momento, solicitados a atender emergências, convocados para responder solicitações do Conselho Tutelar ou da Vara da Infância e da Juventude. Temos permanentemente de nos deslocar para acompanhar nossos usuários a interconsultas, visitamos pacientes internados, negociando sua

alta e preparando seu retorno à família, realizamos reuniões de trabalho com escolas e entidades civis, buscando parcerias e afinando condutas, atendemos demandas internas, sejam situações solicitadas que envolvem agentes comunitários (moradores da região), sejam dificuldades das equipes, e ainda realizamos diversas atividades de capacitação de modo a instrumentalizar e fortalecer o programa.

Atualmente muitas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasfs) chegam a inverter essa prioridade, atendendo os casos menos greves, transformando-se em novos/velhos ambulatórios de saúde mental. Em São Paulo, profissionais do Nasf, que trabalharam no Projeto Qualis, têm resistido a esses retrocessos.

No caso da relação das equipes da ESF e de saúde mental, quando se trata de usuários compulsivos de drogas, a situação é ainda mais crítica. Adotar a metodologia da redução de danos implica buscar se relacionar com aqueles que estão em situação mais difícil, partir de uma clínica que busca o usuário onde ele está e dar prioridade aos mais graves.

O fio condutor da saúde mental praticada nas equipes de saúde da família é a angústia e a implicação dos agentes comunitários de saúde e os acolhimentos ocorridos nas UBS.

Atendendo os casos mais graves, as equipes da ESF lavram a parceria imprescindível para produzir saúde mental na atenção básica.

## TERCEIRA QUESTÃO

A terceira questão, decorrente da anterior, é o conceito de complexidade invertida e que pode ser enunciado assim: na saúde geral os procedimentos de alta complexidade são atendidos em hospitais que realizam grandes cirurgias, transplantes de órgãos etc. E os procedimentos menos complexos, como tratamento de diabéticos, hipertensos, acompanhamento de pré-natal, na atenção básica.

Na saúde mental, quando mais se opera no território, maior complexidade, ao passo que, quando os pacientes estão internados, a situação se simplifica.

## QUARTA QUESTÃO

A quarta questão, já enunciada, é a parceria entre a equipe de saúde da família e as equipes de saúde mental – de Nasf ou Caps (Centro de Atenção Psicossocial).

As discussões sistemáticas de casos, as intervenções em domicílios de grupos familiares em maior risco dão consistência a essa prática clínica territorial e cartográfica e abrem o caminho para discussão e operação de estratégias de cuidado.

O sanitarista norte-americano Eric J. Cassell observou que há pessoas que estão doentes e não sofrem, e que há pessoas que não estão doentes mas que sofrem (Cassel, 2004).

O Caderno 34, publicado em 2013 pelo Ministério da Saúde, ressalta que o objeto da atenção básica é o sofrimento (Brasil, 2013). De maneira que os profissionais da saúde mental devem cuidar do sofrimento das equipes de saúde da família sem os *terapeutizar*, mas criando perspectivas e fazendo circular a angústia de todos os envolvidos.

O acoplamento dos profissionais da saúde mental aos da saúde da família colocam o sofrimento no centro das preocupações e da clínica, de maneira a tornar o cuidado longitudinal e não episódico. Daí a importância de aprender na clínica que os sintomas mentais, incluídas as crises, não se amputam, mas que, acolhidos e tratados em rede, circulam. Essas ideias foram importantes para que as equipes compreendessem, como já foi destacado, que também o sofrimento mental não se amputa, mas circula.

A experiência do Qualis exigiu uma desterritorialização de todos os implicados. A batalha por diminuir o sofrimento dos usuários gerou uma plasticidade psíquica nos trabalhadores do projeto que fez com que, no final da experiência, mais da metade das famílias com problemas de saúde mental fossem atendidas pelas equipes de saúde da família sem participação direta das equipes volantes de saúde mental.

## QUINTA QUESTÃO

A quinta questão é a da Rede. A saúde mental do Projeto Qualis/PSF foi construída numa cidade sem SUS, sem possibilidade de operar em conjunto com as escolas ou creches, sem qualquer política pública com que se pudesse conversar. No entanto, foram criadas muitas maneiras de agenciar organizações formais, comunitárias, religiosas, e até traficantes cuidavam de nossos usuários para eles não serem internados nem eliminados quando atrapalhavam o trabalho das *bocas de fumo*.

Não havia Caps na cidade e quando, para proteger a vida de alguém, internávamos em hospitais psiquiátricos, tínhamos um acordo com a secretaria estadual de Saúde que nos permitia internar sem passar pela central de vagas, de maneira a levar os pacientes e depois buscá-los quando ocorria a alta.

Numa atenção básica sem SUS e sem as atuais Redes de Atenção Psicossocial (Raps), aprendemos que essas redes podem e devem ser produzidas. Tais ensinamentos valem para os dias de hoje mesmo nos locais em que há maior desenvolvimento das Raps.

## SEXTA QUESTÃO

A sexta é a redução de danos na ESF.

Os coordenadores do Projeto Qualis/PSF éramos provenientes de Santos, onde ocorreu o início da redução de danos, mas logo advertimos que não havia seringas desprezadas nas zonas de uso de drogas, e que o consumo de crack já tinha substituído a cocaína injetável.

Adotamos a filosofia da redução de danos sem ainda conhecer o conceito de baixa exigência e disparo (Cf. capítulo 6). Em outras experiências anteriores, como em Porto Alegre (Lancetti, 2006), aprendemos que era preciso promover o denominado deslocamento epistemológico.

Foi Batenson (1991) quem formulou o conceito, analisando o primeiro dos famosos 12 passos do Alcoólicos Anônimos (AA), que pode ser enunciado assim: quando o alcoólatra, com a sua teoria do vício, diz que ele tem um vício e que quer parar, ele ouve que não vai conseguir sozinho, que tem de entregar a outra ordem. Esse ato produz um deslocamento epistemológico. Depois no AA os pacientes entram num processo de recompensa e castigo com forte atividade grupal.

Os profissionais que adotam a metodologia da redução de danos também buscam o deslocamento epistemológico quando não partem da abstinência, cuidam, escutam e também proporcionam experiências coletivas.

Como disse Domiciano Siqueira,[6] é melhor experimentar um pequeno triunfo do que uma grande derrota. Por isso foi importante a capacitação dos especialistas, além dos médicos e enfermeiros da saúde da família.

Depois de avançado o funcionamento da saúde mental, os agentes comunitários, além de intervirem em situações de crise psicótica mostrando a eficácia da capacitação e funcionamento da metodologia, nos surpreenderam com intervenções nas quais lograram suspender a execução de usuários que tinham dívidas com traficantes, pois eles e suas famílias também eram cuidados pelas equipes de PSF.

## SÉTIMA QUESTÃO

Nossas equipes buscavam sempre entender que, quanto mais patológicas, mais estruturadas eram as famílias, e, então, propor mudanças para novas reestruturações. Para nós foi fundamental a clínica grupal de Pichón Rivière (2005), que afirma que o louco da família é o membro mais forte, pois é depositário da loucura da família, de modo que, quando esse membro da família melhora, os outros se desorganizam.

Como foi dito anteriormente, os grupos familiares operativos são aqueles em que os sintomas circulam, nunca se amputam. Esses têm, no nosso entender, atualidade no denominado cuidado longitudinal.

## OITAVA QUESTÃO

A oitava questão é a enunciação e a praxe da denominada clínica cartográfica.

[6] Domiciano Siqueira é um profissional de referência para o campo dos programas de redução de danos e melhoria da qualidade de vida de usuários de drogas. Participou diretamente da criação de vários deles, bem como da criação da Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos (Aborda), da qual foi presidente algumas vezes.

Influenciados por Felix Guattari e Gilles Deleuze, buscamos superar a clínica memorial proposta pela psicanálise (Deleuze, 1997). Os pacientes, depois de serem constituídos os vínculos, os repetem transferencialmente. Entretanto, instituímos um modo de propor mudanças nos valendo das relações e agenciamentos gerados no território, de modo a construir sempre um plano terapêutico e avaliá-lo passo a passo.

Criamos uma folha de monitoramento que descrevia a situação-problema (nem queixa, nem demanda, nem diagnóstico). Qualquer membro da equipe podia e devia narrar a situação. A folha registrava o passado institucional (psiquiátrico ou outro), os medicamentos, internações etc. Nesse registro constavam a primeira intervenção, elementos biográficos do grupo familiar e o projeto terapêutico elaborado para cada grupo familiar que ia sendo monitorado passo a passo.

Não se tratava simplesmente de convocar recursos ou parcerias. O ato de propor uma consulta médica, um retorno à escola ou participação num grupo de caminhadas era o ato mais delicado e sutil proposto pelas equipes de saúde mental e da saúde da família. Buscávamos sempre encontros de séries paralelas ou a produção de agenciamentos e desejo (Deleuze & Guattari, 1997).

Antes de finalizar a experiência constatamos diminuição da violência e da internação psiquiátrica.

Muitos dos nossos conceitos foram adotados em diversas experiências brasileiras. Por exemplo, atualmente muitos deles aqui situados vêm sendo aproveitados numa grande capacitação para agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem chamada Caminhos do Cuidado, que busca mobilizar e instrumentalizar esse enorme contingente de trabalhadores da atenção básica (aproximadamente 300 mil) para produzir saúde mental com pacientes em grave sofrimento e especialmente os usuários de crack e outras drogas.

Acreditamos ter dado uma contribuição para mudar os modos de desatender, de excluir e de afastar da sociedade um enorme contingente de brasileiros e brasileiras vítimas da dependência, da produção de subjetividade não apta para sociedade capitalista contemporânea.

Embora praticados nos territórios pobres e até miseráveis, a prática da saúde mental na ESF é uma experiência de futuro porque opera nos espaços e tempos da sociedade de controle, como disse Deleuze (1992), ao ar livre ou nos domicílios, com uma grande potência de criação de novas grupalidades que são, ao fim, experiências diferentes da vivência suicidária da droga.

Os territórios de paz a que essa metodologia aponta merecem novas investigações e a intensificação de investimentos que estamos constando na atual Política Nacional de Saúde Mental e de Atenção Básica.

## SUGESTÕES DE LEITURA[7]

LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura 7: saúde mental e saúde da família.* São Paulo: Hucitec, 2002.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética.* São Paulo: Hucitec, 2006.

LANCETTI, A. *Contrafissura e Plasticidade Psíquica.* São Paulo: Hucitec, 2015.

## REFERÊNCIAS

BATENSON, G. *Passos Hacia una Ecología de la Mente.* Buenos Aires: Editorial Planeta, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: saúde mental*, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CASSEL, E. J. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine.* Oxford: Oxford University Press, 2004.

DELEUZE, G. Controle e devir e *post-scriptum* sobre a sociedade de controle. *In*: DELEUZE, G. (Org.). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G. *Clínica e Crítica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.* v. 5. São Paulo: Editora 34, 1997.

GONÇALVES, P. L. A unidade de referência e a equipe volante. *In*: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura 7: saúde mental e saúde da família.* São Paulo: Hucitec, 2002.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da cidade. *In*: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura 7: saúde mental e saúde da família.* São Paulo: Hucitec, 2002.

LANCETTI, A. Conversa com Domiciano Siqueira. *In*: LANCETTI, A. *Clínica Peripatética.* São Paulo: Hucitec, 2006.

RIVIÈRE, E. P. *O Processo Grupal.* São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ROTELLI, F. A instituição inventada. *In*: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

[7] As sugestões de leitura foram definidas pela organizadora. (N.O.)

# 2

# Atenção Psicossocial e a (Des)institucionalização como Eixo do Cuidado

*Nina Soalheiro* e *Desiane Martins*

Este capítulo tem como objetivo discutir o que é a desinstitucionalização – um conceito muito importante para a saúde mental tal como entendida neste livro – procurando demonstrar sua importância para aqueles que querem refletir sobre saúde mental na atenção básica e apresentá-la como um eixo orientador para o cuidado e as abordagens psicossociais no território. A partir daqui, para tentar diminuir uma primeira dificuldade, vamos nos referir ao conceito como (des)institucionalização. Na saúde mental usamos muitas vezes esse recurso: (des)medicalizar, (des)psiquiatrizar, (des)institucionalizar. Isso expressa bem o que não queremos – medicalizar, psiquiatrizar, institucionalizar. Mas o que queremos? Expressa também uma necessidade de (des)construção da medicalização, da psiquiatrização, da institucionalização. E o que queremos construir? Essas perguntas vão nos orientar durante todo o capítulo.

Inicialmente vamos partir de autores já considerados clássicos no campo que, no contexto dos anos 1960 e 1970, começaram essa discussão, da qual nos apropriamos para pensar a reforma psiquiátrica no Brasil. Faremos então uma contextualização histórica e conceitual da (des)institucionalização e seu papel na produção e sustentação de uma nova visão sobre a doença mental e das políticas e práticas propostas para o cuidado em saúde mental. Tomaremos o conceito em suas diversas dimensões e usos para pensar o social, as instituições e a experiência da doença, trabalhando com teóricos da experiência italiana de reforma – movimento denominado como psiquiatria democrática – e autores filiados a eles, que se apropriaram desse debate para trazê-lo para o campo do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira.

Em seguida, passamos ao debate da (des)institucionalização no contexto brasileiro e a constituição do campo da atenção psicossocial, para compreendê-lo no conjunto de uma nova organização do cuidado em saúde mental, a partir da qual têm sido criados novos projetos e serviços de atenção diária que se multiplicam e se modelam com

base nas realidades locais. Uma rede de projetos e instituições que se responsabiliza pelo cuidado no território e pela construção de conexões entre as diversas instâncias envolvidas nas necessidades dos usuários, cada vez mais sujeitos de direitos. Uma rede que inclui projetos culturais, de lazer, moradia, justiça etc. ou se comunica com eles. Uma discussão que tem como objetivo pensar naquilo que, no nosso contexto, traz de novidade a conexão entre esses dois termos: atenção e psicossocial.

Começando pela definição de *atenção* na saúde, esse termo designa exatamente a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde, sendo também referida a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas em jogo no campo da saúde. A forma de organização da atenção implica uma visão de saúde, uma visão sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, isto é, quais e como devem ser as ações e os serviços de saúde, a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos. Numa perspectiva histórica, o termo atenção pretende superar a clássica oposição assistência/prevenção e indivíduo/coletividade que durante muitos anos orientou as políticas de saúde no Brasil. Ou seja, a superação de uma cisão histórica entre práticas individuais e curativas que sempre caracterizaram a assistência e as ações coletivas com fins preventivos voltadas para as diferentes populações, típicas da velha saúde pública (Matta & Morosini, 2009).

Dessa forma, a *atenção psicossocial*, juntando-se os dois termos, nos remeteria a uma nova forma de organização do cuidado em saúde mental que busca uma conexão entre a dimensão subjetiva e a dimensão social – por isso psicossocial –, demarcando a tentativa de superação de uma antiga ideia do social como comunidade, muito presente na saúde mental. Há, portanto, a proposição de um novo campo – o campo da atenção psicossocial – que, desde o seu início e ainda mais hoje, se caracteriza por uma diversidade conceitual e temática. Aborda o sofrimento psíquico como um processo complexo, que necessita de diferentes olhares e práticas interdisciplinares (Venâncio, Leal & Delgado, 1997).

Pensaremos a atenção psicossocial, com base em autores brasileiros que discutem noções como modo psicossocial, atenção psicossocial, reabilitação psicossocial, cada uma delas podendo ser identificada com diferentes tradições teóricas. Este livro trabalha com a noção de atenção psicossocial e abordagens psicossociais, uma escolha que certamente implica filiações teóricas. Dessa forma, *atenção psicossocial* se refere ao conjunto de um novo modo de organização do cuidado para as pessoas com sofrimento psíquico, e *abordagens psicossociais* a uma designação para práticas que envolvem o social e o subjetivo, respeitando o cuidado como uma aproximação, uma abordagem, algo que se oferta na medida da abertura do outro para esse cuidado.

Propomos, junto com nossos autores de referência, definir as abordagens psicossociais como aquelas que operam a (des)institucionalização e a construção da autonomia possível, abordagens não medicalizantes e não psiquiatrizantes que

visam à superação de práticas de saúde curativas individuais e organizadas por especialidades e da dicotomia entre relações sociais e subjetivas, da qual falamos. Práticas de cuidado que abordam o sofrimento das pessoas nos territórios de vida, muitas vezes tão complexos e hostis. A partir daí discutimos a (des)institucionalização como eixo do cuidado – um cuidado em liberdade –, que vai se contrapondo ao isolamento e construindo uma cultura de instituições abertas. Como veremos, uma forma de trabalho que requer flexibilidade e disponibilidade para mudanças nas relações, nas instituições e no território (Nicácio, 1994).

Por fim, procuraremos contribuir com reflexões mais propositivas em relação ao tema em pauta. Para isso focalizaremos a noção de acolhimento para demonstrar como a saúde mental pode ajudar na construção do próprio cuidado na atenção básica e dividir essa responsabilidade em relação aos casos que envolvem maior ou menor sofrimento psíquico, considerando que sofrer e adoecer são processos sempre graves. Dessa forma, pretendemos construir um diálogo introdutório sobre a importância da subjetividade e da complexidade no acolhimento e na construção do vínculo, cuja perspectiva seria apresentar a saúde mental não como mais uma especialidade que demanda ações da equipe de atenção básica, mas como um campo de saber que poderia ajudar essas equipes a ressignificar o que já fazem. Assim, compartilhar dificuldades e experiências para lidar com o adoecimento, sua dimensão de sofrimento, mas também de riqueza na relação com o outro (Rotelli, 2008), num contexto de complexidade do humano.

A questão fundamental para o nosso livro e, em especial para este capítulo, é contribuir para um diálogo produtivo entre a saúde mental (após mais de três décadas de debates e mudanças produzidas a partir do movimento pela reforma psiquiátrica) e a atenção básica, que hoje se constitui como a porta de entrada preferencial de todo o sistema de saúde e a coordenadora do cuidado. Podemos pensar que, se a atenção básica/saúde da família tem a função estratégica de reorientar as práticas e ações de saúde no sentido da integralidade e territorialização do cuidado, a saúde mental busca a consolidação de um modelo para o Sistema Único de Saúde (SUS), que vem sendo construído nas últimas décadas.

Dessa forma, compartilhando nossa experiência e tudo que aprendemos nestes anos, acreditamos que é possível construir um bom diálogo entre os princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o projeto contemporâneo da saúde mental no SUS, com base em conceitos e práticas de cuidado que tenham como eixo a (des)institucionalização. Um desafio que necessariamente parte de objetivos comuns: produzir transformações nos saberes e práticas para melhorar as condições de vida e saúde dos usuários da atenção básica que apresentam sofrimento psíquico mais ou menos intenso ou formas muito próprias de viver que desafiam nossos valores culturais e sociais.

## O QUE É (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO?

Na saúde mental o conceito de (des)institucionalização tem sido muito importante na construção de um novo modo de pensar e tratar o sofrimento psíquico e a experiência da loucura. Uma palavra complexa para designar um conjunto de estratégias que podem ser bem simples. Temos consciência de estar lidando com um construto teórico que funciona como uma espécie de conceito *guarda-chuva* onde cabem muitas noções diferentes, mas que fundamentalmente designa um conjunto de estratégias para desconstruir saberes e práticas que estariam institucionalizadas e produzindo novas institucionalizações.

Ao longo do capítulo discutiremos que a (des)institucionalização não é uma técnica nem um conjunto de normas, tampouco uma nova fórmula de gestão do cuidado. Na verdade, ela tem a ver com tudo isso, mas pode ser pensada como uma perspectiva – um conjunto de estratégias para (des)institucionalizar espaços, técnicas, estruturas administrativas, hábitos e linguagens – e entendida como um trabalho homeopático que usa todas as energias internas da instituição para desmontá-la e transformá-la, e que implica uma ideia de *a posteriori*, de um futuro a ser construído no cotidiano da instituição com a invenção de novas realidades (Leonardis, Mauri & Rotelli, 1990).

Amarante – o autor mais importante dentre aqueles que trazem este conceito para o campo da reforma psiquiátrica brasileira – ressalta a centralidade do conceito de desinstitucionalização. Afirma que é com Franco Basaglia – o grande líder intelectual da reforma italiana – que a (des)institucionalização deixa de ser entendida em sua versão abolicionista, ou seja, como a libertação absoluta de mecanismos institucionais de violência e controle para a loucura, ou como simples *desospitalização*, tal como originalmente proposta pelo preventivismo americano, para assumir uma dimensão mais ampla de desconstrução (Amarante, 1996).

Amarante dá a esse conceito uma dimensão estratégica para pensar as diferentes reformas na psiquiatria, ligando-o definitivamente a uma ruptura operada pela tradição basagliana, à qual nos referimos. Mas alerta que a desinstitucionalização não é um processo que dispensa instituições, como poderia ser entendido pela leitura ao pé da letra. Referindo-se a Venturini – outro importante autor italiano –, Amarante (1996: 108) fala em "instituições da desinstitucionalização", ou seja, "instituições destinadas a negar-se e reinventar-se continuamente", num movimento de superação permanente dos vícios dos saberes que se acham completos e das instituições fechadas e totalitárias.

Goffman (1974), em seu clássico trabalho traduzido entre nós como *Manicômios, Prisões e Conventos*, introduz o conceito de instituição total e afirma que, durante a pesquisa que deu origem ao livro, acreditava que qualquer grupo de pessoas – prisioneiros, pacientes e outros – desenvolve uma vida própria que se torna visível desde que nos aproximemos dessas pessoas e que uma boa forma de conhecer qualquer desses mundos seria submetermo-nos à companhia delas e das pequenas

conjunturas a que estão sujeitos (Goffman, 1974). Ao mergulhar no mundo dos internos em instituições totais, mostrando suas graves consequências, o autor introduz conceitos fundamentais para a crítica ao asilo psiquiátrico e às diferentes propostas de reforma da psiquiatria, muito especialmente para a nossa discussão de desinstitucionalização. Define a instituição total como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levariam uma vida fechada e formalmente administrada.

O sociólogo afirma também que toda instituição tem tendências de fechamento, mas que o caráter de instituição total é simbolizado pela barreira à relação social e ao mundo externo, além de proibições de saída que estariam incluídas no esquema físico, como, por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. Demonstra como a barreira física vai além, deixando marcas no corpo e na subjetividade dos internos de longa permanência, revelando uma ruptura com o mundo externo. Nas instituições totais, as atividades são determinadas pelo tempo da instituição do qual os internos seriam escravos, já que todas as regras e atividades seriam diretamente regidas por ele. Ainda segundo (Goffman, 1974), essas relações de poder e vigilância são parte de um sistema de regras formais e hierarquização que produziria a institucionalização.

Rotelli e colaboradores (1990) ressaltam que o primeiro passo para a (des)institucionalização, tal como entendida na experiência italiana, foi desmontar uma relação problema-solução, redefinindo o problema – a doença mental – e repensando sua solução secular – o isolamento e a segregação nos manicômios. Acrescenta que isso não significaria, em absoluto, renunciar a tratar e cuidar. Mas, sim, redefinir o objeto e reorientar os elementos constitutivos da instituição, por meio de um processo crítico-prático que seria a desinstitucionalização. Um processo que envolve a desconstrução de um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto *doença*.

Essa dimensão crítica da experiência italiana levou muitas vezes a um senso comum de que ela constituiria, sobretudo, um processo político sem correspondência nas práticas de atenção e cuidado, o que, na nossa perspectiva, é um grande equívoco. A tradição Basagliana, que queremos tão viva em nossas práticas, concebe a doença mental como uma contradição do homem que pode ser verificada em qualquer tipo de sociedade, e que cada sociedade faria da doença aquilo que mais lhe convém. Basaglia identifica, assim, uma face social da doença que será determinante em sua evolução. Para ele, é nesse sentido que se pode falar de uma estreita relação entre psiquiatria e política, entre psiquiatria e ordem pública. Mas ressalta que, se é verdade que a política não cura os doentes mentais, o adoecimento e seus códigos interpretativos, por sua vez, teriam um caráter político preciso (Basaglia, 2005c).

O autor define bem a desinstitucionalização quando afirma que é a relação entre cidadão e sociedade na qual se insere a relação saúde/doença o que deve ser

mudado para transformar na prática as instituições e os serviços de saúde – como também todas as outras instituições sociais. Para nós, profissionais da saúde, essa mudança se torna especialmente importante, pensando com ele que a finalidade primeira da nossa ação é o homem, com suas necessidades, sua vida, dentro de uma coletividade sempre em transformação. Nesse sentido, a vida comportaria muitas contradições, acontecimentos, experiências e se desenvolveria sempre nas fronteiras entre saúde e doença. Por isso Basaglia (2005b: 231) afirma que, "quando o valor é o homem, a saúde não pode representar a norma, pois a condição humana é a de estar constantemente entre saúde e doença".

Dessa forma, a (des)institucionalização toma a dimensão de um trabalho terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas como sujeitos e como indivíduos que sofrem. Algo que talvez *não se resolva* por hora, *não se cure* agora, mas, no entanto, seguramente *se cuida*. Ao descartar a solução-cura, a experiência italiana procura demonstrar que "cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do 'paciente' e que, ao mesmo tempo, transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento" (Rotelli *et al.*, 1990: 33). Assim, a cura não é identificada à vida produtiva, mas à produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Rotelli ressalta que o processo da desinstitucionalização é caracterizado pela desconstrução do modelo centrado no manicômio – definido como o lugar zero dos intercâmbios sociais – e pela construção de um novo modelo que vai tomando forma a partir da base e do interior das estruturas institucionais, através da mobilização e participação sempre conflitiva de todos os atores envolvidos. Haveria, então, uma centralização do trabalho terapêutico de tal forma que as pessoas, mais ou menos *doentes*, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição.

Hirdes (2009), com base em Rotelli, reforça a importância da produção prático-teórica basagliana para o contexto brasileiro, ressaltando a necessidade de acesso aos seus conceitos por todos os profissionais da saúde, técnicos e não técnicos. A autora sintetiza alguns desses princípios que considera essenciais para a organização dos serviços: a mobilização de todos os atores envolvidos para produzir comunicação e solidariedade; a capacidade de autoajuda e de autonomia das pessoas; o enriquecimento das competências profissionais, sem compartimentalização das terapias (médica, psicológica, social, farmacológica etc.); a valorização da dimensão afetiva na relação terapêutica.

Para Amarante (1996), o processo de desinstitucionalização implica a ideia do *a posteriori*, ou seja, a recusa a uma resposta definitiva, considerando que há sempre uma realidade que está além do que se sabe e conhece. Significa a possibilidade de invenção de novas realidades e instituições. Tal posição foi também expressa por Nicácio (1994), em relação à influência da tradição basagliana na experiência de Santos/SP, onde se deu a primeira tentativa de fato relevante de construção de uma rede após o fechamento de um hospital psiquiátrico por intervenção do governo municipal:

> Esta perspectiva de ruptura epistemológica (...), como um dos ensinamentos por excelência dos autores italianos, vai marcar profundamente a experiência de Santos. A aprendizagem que se processa não é equivalente à reprodução de um modelo (...). Trata-se de poder apreender a crítica teórico-prática do paradigma fundante da instituição psiquiátrica, de poder compartilhar a trajetória de ruptura com uma racionalidade, com uma forma de pensar a questão da loucura. (Nicácio, 1994: 35)

Como ressaltam Rotelli e colaboradores (1990), a reforma italiana tem uma conotação dinâmica, conflitiva, não resolutiva. Esse pano de fundo é exatamente o que a caracteriza e a diferencia das outras reformas psiquiátricas, fazendo com que ela não fixe soluções institucionais concluídas, mas, ao contrário, suscite dinâmicas, conflitos e transformações, e mantenha aberto um campo de incerteza no qual continuam a ser relevantes as ações operativas concretas, as experimentações, as aprendizagens.

Para Hirdes (2009), apoiada em Amarante (1996), no final da década de 1970 as ideias de Basaglia chegam ao Brasil, sobretudo em virtude da repercussão internacional da desativação do hospital da cidade de Gorizia, da criação dos movimentos Psiquiatria Democrática e Redes Alternativas à Psiquiatria, e também da promulgação da lei n. 180, conhecida como Lei Basaglia, que propõe a extinção dos manicômios. Uma tendência na qual o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira se inspiraria para impulsionar a criação dos novos dispositivos em saúde mental, a inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilitando novas abordagens e um novo olhar às pessoas em situação de sofrimento psíquico, no seu âmbito familiar, social e cultural.

Entretanto, a autora ressalta que, apesar do fato de que a produção de Basaglia foi e continua sendo um marco importante de referência para os projetos de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização, esses projetos não seriam homogêneos. Embora existam princípios orientadores gerais, as práticas são resultantes das diferentes concepções teóricas dos trabalhadores de saúde mental e subordinadas aos *settings* específicos em que se realizam.

Pitta (2011), em seu artigo "Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas", refere-se a uma "desinstitucionalização responsável", o que implica tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. As comemorações em todo o país do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, o 18 de maio, demonstram o sucesso e ao mesmo tempo os desafios próprios do crescimento do movimento da reforma psiquiátrica em um Estado burocrático e refratário a inovações. Evidenciam também a radicalidade que a mudança do modo de cuidar requer dos seus principais protagonistas – usuários, familiares e trabalhadores – que vêm amadurecendo e se renovando a cada dia e continuam procurando encontrar "modos mais sensíveis de reduzir os danos causados pelas nossas instituições e nossas escolhas insensatas" (Pitta, 2011: 4.588).

Nas palavras de Hirdes (2009: 299), "a inserção das ações de saúde mental na atenção básica como estratégia adotada pelo Ministério da Saúde e a ênfase nas ações de saúde mental no território constituem a própria essência da desinstitucionalização". Um tema que nos propomos a trabalhar neste livro, abordando seus múltiplos aspectos no decorrer dos capítulos.

## AS INSTITUIÇÕES DA (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO

Quando falamos em (des)institucionalização, esse conceito expressa o que não queremos: institucionalizar. Se não queremos *medicalizar*, *psiquiatrizar*, *institucionalizar*, o que queremos então? Seria o fim das instituições? Certamente que não. Mas se propomos a (des)institucionalização como eixo do cuidado, o que queremos dizer com isso? Podemos pensar que a desinstitucionalização implica uma desconstrução e uma invenção de novas instituições, ou seja, um *processo* tal como definido há décadas por Rotteli e Amarante (1992: 54):

> Um processo permanente de construção de uma multiplicidade de serviços e circuitos que buscam superar cotidianamente os vícios dos saberes completos, os vícios das instituições totalitárias, para produzir trocas sociais, possibilidades e subjetividades sempre novas e plurais.

Desde 2001, como já dito, o Brasil conta com uma legislação que regulamenta a Política Nacional de Saúde Mental, tendo como principal diretriz a reorientação do modelo assistencial, viabilizada por meio de políticas públicas voltadas para a redução planejada de leitos psiquiátricos, intervenções e processos de desinstitucionalização, implantação e expansão de uma rede territorial de serviços, além de políticas inclusivas no campo do trabalho, moradia, lazer e cultura. Vamos abordar a seguir algumas características dessas novas instituições abertas que aprendemos a construir nos últimos trinta anos para sustentar projetos que visam ao cuidado em liberdade, contrapondo-se ao isolamento como resposta às pessoas que demandam assistência em saúde mental. Como demonstra Nicácio (1994), as instituições da desinstitucionalização exigem a construção de uma cultura de trabalho que requer flexibilidade e disponibilidade para mudanças.

Vasconcelos (2008) apresenta a atenção psicossocial como um campo aplicado, que utiliza conhecimentos das ciências básicas com claros objetivos de pensar, planejar ou executar intervenções nas políticas públicas. O autor define as abordagens psicossociais como aquelas que articulam a relação dos fenômenos psicológicos com as outras dimensões da vida, não apenas reproduzindo práticas terapêuticas propostas pelas abordagens clínicas convencionais, que não consideram o contexto histórico, suas determinações e finalidades sociais, políticas e culturais. Podemos pensá-las também como abordagens não medicalizantes que enfrentam os impasses do sofrimento subjetivo no cotidiano vivido em territórios complexos, visando sempre à ampliação da autonomia de usuários e familiares (Costa-Rosa & Yasui, 2000). Não

seriam mais práticas de saúde curativas individuais e organizadas por especialidades, mas ampliadas pelas conexões entre relações sociais e subjetivas.

Dessa forma, estamos falando de uma saúde mental pensada no contexto do processo saúde/doença, resultante de processos sociais complexos que demandam abordagens interdisciplinares e intersetoriais. A perspectiva da desinstitucionalização, passa a ser entendida como uma tarefa política, uma atitude contra a burocratização e cronificação de pessoas e instituições. Um modo de trabalho que implica um esforço e exercício permanente de pensar sobre o que fazemos e o que queremos do que fazemos. A porta aberta seria o marco da instituição permanentemente renovada, a qual exige uma equipe que não se divida em papéis codificados, que se coloque sempre em questão e em movimento no sentido de responder às exigências da demanda (Nicácio, 1994).

Barros (1994), no seu relato da experiência italiana, caracteriza os centros de saúde mental como estruturas complexas que comportam um modelo operativo de gestão flexível dos problemas ligados à saúde da população da qual são referência. Lidam com um conjunto amplo de situações e funções socioassistenciais, e são um lugar de defesa e proteção para a pessoa em crise, que se constrói pelo reconhecimento subjetivo do suporte e apoio cotidianos oferecidos. Há uma tomada de responsabilidade sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência, além de um papel ativo nas demandas relativas às situações de miséria e de conflito. Desse modo, o território é definido como um espaço de tensões e conflitos, mas também como uma fonte de reservas de solidariedade social (Soalheiro, 1997).

Assim, os serviços são centros de atenção, de encontro, de produção de sociabilidade, de comunicação, de convivência, de referência cultural. Um espaço social e terapêutico, lugar de busca de alternativas, de projetos de vida. Instituições da (des)institucionalização que já são resultantes de um processo de desinstituir a doença como codificação da experiência de sofrimento e mal-estar e, ao mesmo tempo, as instituições produzidas por esse estatuto epistemológico. Isso implica a invenção de novas bases para as relações nos serviços e territórios e, sobretudo, a capacidade de sustentar as portas abertas (Nicácio, 1994).

Segundo Hirdes (2009), para que serviços e equipes consigam manter esse estilo de trabalho, há a necessidade de conformação de espaços coletivos, de lugares de reflexão crítica, de produção de subjetividade e constituição de sujeitos. Espaços coletivos destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e à tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). A autora, como nós, retoma as palavras de Rotelli quando afirma que "aprender a aprender" é uma das características desse processo de trabalho, incluindo outras que ressaltamos a seguir:

1) A centralidade no trabalho de equipe – é importante que o trabalho em conjunto não se restrinja a reuniões periódicas, mas que se desenvolva de

forma colaborativa, socializando experiências, enfrentando os problemas e compartilhando os caminhos do cuidado.

2) A autoavaliação – é um processo que pode ser de cada um, mas também do trabalho operativo de toda a equipe, incluindo tensões e dinâmicas conflitivas. Uma permanente aprendizagem entrelaçada no trabalho aumenta a capacidade de autotransformação e aprendizagem individual e da equipe, sem temer incluir também a voz crítica dos familiares e dos cidadãos.

3) A formação – para além da base profissional definida pelo título acadêmico, a formação ancorada no trabalho se dá em espaços para estudos específicos e principalmente com o desenvolvimento de novas competências no cotidiano.

4) Desinstitucionalização sem compartimentalização – trata-se de desconstruir a compartimentalização entre as diferentes tipologias de intervenção e tipos codificados que seriam parte do conjunto. A relação terapêutica também deve se ocupar de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, dos níveis de estatutos, da família, do trabalho etc., entretanto, sem cindi-las, sem confiá-las a profissionalidades separadas (Rotelli *et al.*, 1990).

Assim, para superar a tendência institucionalizante, aprendemos a construir uma prática que cria fatos, acontecimento e espaços de expressão dentro da estrutura coletiva do serviço, favorecendo a convivência e a troca de experiências, num esforço incessante de superação dos vícios institucionais. A tendência do nosso trabalho para a alienação e o uso de recursos apenas para manutenção da ordem pode produzir cronicidade de profissionais e pacientes. Por isso é importante dar ao trabalho uma dimensão de aprendizagem e criação, de organizador do cotidiano, instrumento de mediação para o diálogo e convivência. Temos que pensar na produção permanente de transformações na rotina dos usuários e do serviço, sempre na direção de buscar a autonomia, a superação das vulnerabilidades e de evitar a dependência crônica com a instituição. Para isso são fundamentais a politização e a revitalização do espaço coletivo, construindo o trabalho a partir de um estilo coletivo, no qual cada um possa dar a sua contribuição e participar ativamente do processo (Soalheiro, 2004).

Amarante e colaboradores (2013) nos alertam para uma questão muito relevante: não deveríamos fetichizar o modelo de atenção, já que este deve se adaptar constantemente à dinâmica das necessidades concretas dos sujeitos sociais. Retomam Basaglia, quando afirmam que o melhor lugar para realizar oficinas terapêuticas é o território, lugar de exercício das práticas de desinstitucionalização. Ao discutirem a necessidade de fortalecimento do campo artístico e cultural, os autores falam de desafios incomensuráveis quando se trata de iniciativas na perspectiva da radicalização do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Seria preciso ir além daquilo que pretende o caminho da psiquiatrização dos indivíduos, uma vez que a diversidade inerente ao campo artístico e cultural parece estar produzindo práticas alternativas ao discurso da

psiquiatria, principalmente porque as experiências nesse campo podem proporcionar autonomia e realização no âmbito pessoal e coletivo (Amarante *et al.*, 2013).

A reforma psiquiátrica nas últimas décadas tem buscado ampliar o acesso à atenção psicossocial pela população em geral, com a estruturação de novos serviços e articulação entre pontos de atenção e a rede de saúde. Nesse sentido, a atenção básica tem papel fundamental, não apenas como porta de entrada das demandas de saúde mental, mas também como elemento articulador da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A atenção primária, como porta de entrada, reguladora e coordenadora de cuidados em saúde mental, evita o isolamento, o abandono e o risco de institucionalização dos usuários. Mas ainda num contexto de transição em que se constatam resistências, tanto pelos profissionais da atenção básica quanto pelos especialistas (Dimenstein *et al.*, 2013; Penido, 2013).

Como ressaltam Dimenstein e colaboradores (2013), no que diz respeito à saúde mental, uma rede bem articulada, com coordenação entre os serviços e garantia de continuidade de cuidados, necessita de integração em todos os âmbitos da saúde, além de articulação com as redes de caráter social, educativo, ocupacional, de cuidados informais e grupos de autoajuda, envolvendo usuários, suas famílias e as comunidades. Só assim poderíamos diminuir as referências a especialistas, hospitais psiquiátricos e superar o modo de atenção asilar, produtor de iatrogenia e exclusão social.

## COMO ACOLHER E DESINSTITUCIONALIZAR?

Iniciamos esta seção com algumas reflexões mais propositivas em relação à saúde mental e atenção básica, com foco na perspectiva do acolhimento para construir um diálogo introdutório sobre a importância da subjetividade e da complexidade na construção do cuidado. Queremos pensar esse diálogo considerando a saúde mental não como mais uma das especialidades que demandam ações da equipe de saúde da família, mas como um campo de saber que pode ajudar essas equipes a identificar e nomear as ações de saúde mental que já fazem, a compartilhar dificuldades e a trocar experiências para lidar com o adoecimento de pessoas e seu sofrimento psíquico. A saúde mental pode ajudar a compreender a doença como dimensão de sofrimento, mas também como oportunidade de fortalecer as relações com o outro e de lidar com a complexidade própria do humano.

Basaglia (2005c) nos convida a refletir sobre esse encontro entre nós e as pessoas que acolhemos no cotidiano de trabalho. Ressalta a importância de estarmos diante do sofrimento das pessoas com abertura para o outro, sofrimento esse que devemos enfrentar – sem instrumentos, sem defesas – para apreender o mundo de necessidades do qual provém e para remetê-lo à história da qual foi banido, no momento mesmo em que foi definido como doença. Tal encontro somente ocorre quando nos relacionarmos com essa angústia, sem apressadamente objetificar o sofrimento aos esquemas da doença.

Do ponto de vista histórico, é importante relembrarmos que a Política Nacional de Saúde Mental construída no contexto da reforma psiquiátrica brasileira foi implementada na mesma época que o Programa de Saúde da Família (PSF).[1] Ambas as políticas foram construídas no âmbito de uma reforma sanitária mais ampla, por sua vez resultante do processo de redemocratização no país, que, na área da saúde, possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). São muitos os estudos que mostram as suas convergências (Lancetti, 2000; Nunes, Jucá & Valentim, 2007; Tófoli & Campos, 2007; Figueiredo & Campos, 2009), a necessidade de uma articulação potente entre saúde mental e atenção básica e seu importante papel na atenção às demandas em saúde mental.

Vecchia e Martins (2009), em sua revisão, identificam componentes fundamentais da articulação atenção básica/saúde mental, com base na análise de estudos e experiências que têm a desinstitucionalização como noção-guia. Os autores reforçam aquilo que já dissemos antes sobre as convergências entre os dois campos: a saúde mental e a ESF se estruturam por meio de equipes multiprofissionais que atuam a partir da territorialização, possibilitando a continuidade da atenção e a constituição de vínculos no processo de cuidado à saúde. As duas políticas têm como estratégia investir na reorganização do processo de trabalho e do modelo assistencial em seu conjunto, buscando superar, na linha dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, problemas históricos da atenção à saúde relativos ao acesso e a integralidade.

Os autores descrevem as dificuldades encontradas e algumas indicações para superá-las, as quais relacionamos a seguir:

1) desenvolver processos de comunicação que se destinem a ampliar as especificidades do saber de generalistas e especialistas em saúde mental através da socialização de saberes e práticas;
2) superar a centralidade das ações nos enquadres tradicionais aos quais os profissionais do campo da saúde mental ficariam muito restritos;
3) manter questionamento permanente em relação ao risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental;
4) superar concepções culpabilizantes do grupo familiar, tais como a noção de família desestruturada;
5) investir na formação das equipes de atenção básica para as múltiplas dimensões do cuidado em saúde mental.

[1] O PSF teve início em 1994 e foi um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. Posteriormente, em 2006, pela portaria n. 648, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), e o PSF foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal transformação representou o fortalecimento do PSF, e sua ampliação de *programa* a uma *estratégia* que organiza a atenção em saúde.

Nunes, Jucá e Valentim (2007) identificam também dificuldades no processo de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica relacionadas ao desconhecimento acerca da reforma psiquiátrica e à falta de formação em saúde mental dos profissionais, mesmo dentro dos limites do campo. Além disso, ressaltam que faltam ainda: identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades; condições para o atendimento desses casos na atenção básica devido à inexistência de uma rede de suporte em saúde mental forte; entrosamento entre serviços de saúde mental e as equipes de atenção básica.

Os resultados das discussões que culminaram na atual política nacional de saúde mental para atenção básica, ao longo de anos, podem ser mapeados em um conjunto de relatórios[2] que deram origem ao documento *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários* (Brasil, 2007), o qual propõe diretrizes gerais para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Mais recentemente, o Ministério da Saúde lançou o *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* (Chiaverini, 2011) e um número temático de saúde mental dos *Cadernos de Atenção Básica* (Brasil, 2013). Este último apresenta sugestões e ferramentas de trabalho para ampliar a capacidade de cuidado dos profissionais da área, o reconhecimento de práticas em saúde mental que já são realizadas e o desenvolvimento de estratégias de manejo pertinentes a cada contexto e conectadas com o fazer cotidiano desses profissionais. Para isso, apresenta, em uma linguagem acessível e dirigida a profissionais não especialistas, as principais demandas em saúde mental, os fatores de proteção e de risco em saúde mental, os planos e métodos de intervenção e acompanhamento dos casos (Brasil, 2013).

Constatamos que, de modo geral, a ideia básica contida nesses documentos é que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, e que existe sempre um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, muitas vezes causando dificuldades de adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudável. Assim, justifica-se a importância de articular a saúde mental com a atenção básica, já que se faz necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde. Caberia aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre essas questões e idealizar práticas de saúde mental que possam ser realizadas por todos os trabalhadores na atenção básica, independentemente de suas formações específicas.

Nesse sentido, as ações de saúde mental podem ser desenvolvidas no próprio contexto do território das equipes, uma vez que não exigiria necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais da saúde. O desafio

[2] Relatório da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, 2001; Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado em parceria com MS/Opas/UFRJ/Universidade de Harvard, 2002; Relatório da Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela Abrasco, intitulada Desafios da Integração com a Rede Básica, 2003.

consiste em que esses profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde. O manual recomenda a valorização de algumas intervenções terapêuticas que já são realizadas por diferentes profissionais no âmbito da atenção básica, sem que as reconheçam como cuidado em saúde mental, referendando a perspectiva aqui proposta (Brasil, 2013).

No documento *Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários* (Brasil, 2007), encontramos propostas e diretrizes para a organização das ações de saúde mental para a atenção básica: apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica; inclusão da saúde mental no sistema de informações; formação como estratégia prioritária. Também são definidas as prioridades: situações de risco que incluem exclusão social (pacientes egressos de hospital psiquiátrico, pessoas em prisão domiciliar, população em situação de rua, idosos em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social); transtornos mentais severos e persistentes; suicídios e tentativas de suicídio em adolescentes e adultos jovens; violência intrafamiliar; problemas clínicos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas; abuso e dependência de benzodiazepínicos.

Define-se esse trabalho como matriciamento, ou seja, um arranjo organizacional que visa a dar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Um conjunto de ações com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, através da responsabilização compartilhada dos casos, da superação da lógica do encaminhamento, do estímulo à interdisciplinaridade e a ampliação da clínica, aqui entendida como a valorização das dimensões sociais e subjetivas para além da biológica, na análise singular de cada caso.

Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) pelo Ministério da Saúde em 2008, visando a apoiar a consolidação da atenção básica, constituíram-se equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de saúde da família, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (Brasil, 2008). Os Nasfs têm como objetivo ampliar a abrangência e o alvo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Trata-se de um processo de trabalho que se operacionaliza na parceria com os profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando práticas, identificando os protocolos e fluxos de encaminhamento da demanda referenciada, dando apoio às equipes por meio de processos de educação permanente relacionados ao campo do conhecimento das diversas áreas incluídas nos Nasfs, e a partir das necessidades do território (Brasil, 2008).

A referida publicação de 2013 (*Cadernos de Atenção Básica*), por sua vez, trata-se de um manual mais geral que aborda, de forma diferente, a definição de cuidado, sofrimento, pessoa e território, além do impacto do sofrimento mental na saúde e a necessidade de compreensão do sofrimento em relação aos contextos de vida. Discute situações mais gerais de risco, como alcoolismo, transtornos mentais graves, crises, e apresenta instrumentos de intervenção psicossocial, como manejos de grupos, redes sociais de suporte, mediação de conflitos, terapia comunitária. Reconhece também a importância de saberes que vêm de outras tradições, como a medicina tradicional chinesa, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, entre outras, apresentando essas práticas integrativas e complementares como recursos importantes para o campo (Brasil, 2013).

Todos esses recursos estariam potencializados e ligados à Raps, que passa a integrar, a partir do decreto presidencial n. 7.508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Uma rede constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), centros de convivência, enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, oficinas de geração de renda, entre outros recursos. Nesse contexto, as unidades básicas de saúde cumprem também uma importante função na rede comunitária de atenção em saúde mental, conforme discutiremos a seguir.

Todos os estudos mais recentes têm apontado que as equipes da atenção básica teriam necessidade de suporte técnico para realizar os cuidados primários em saúde mental. Entretanto, a sensação de pressão para atingir metas e o tempo reduzido para os atendimentos têm acarretado nos profissionais da saúde da família pouca disponibilidade para a escuta, espaço importante para um atendimento integral e para a atenção em saúde mental (Minozzo & Izídio, 2013).

Por isso, como já dissemos, é muito importante que, nas discussões sobre matriciamento, possamos desconstruir a ideia de que o apoio aos pacientes de saúde mental seria mais uma tarefa para a equipe dar conta. De fato, o apoio matricial consiste em mais uma ação na ESF, mas a troca entre os serviços e o compartilhamento dos casos difíceis proporcionam qualidade e apoio ao trabalho já realizado, aspecto relevante na discussão sobre esta prática. Tal aspecto indica também a importância da aproximação e do vínculo dos matriciadores com as equipes de saúde da família, e um esforço para que não haja uma relação vertical, e sim uma troca de saberes e práticas, gerando benefícios para todos os profissionais envolvidos (Minozzo & Izídio, 2013).

## REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS E ORIENTAÇÕES PROPOSITIVAS PARA A (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO

1) Muitas ações de saúde mental na atenção básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais da saúde

No cuidado em saúde mental o mais importante será sempre construir vínculos entre a equipe e os usuários, num contexto em que todos se envolvam – profissionais da saúde da família e especialistas em saúde mental – para pensar o cuidado no território de vida. O trabalho pela via da desinstitucionalização implica envolvimento na realidade do território e nas singularidades dos pacientes em suas comunidades. Para isso é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e sobre o que o território tem a oferecer na construção de redes de cuidado em saúde mental (Brasil, 2013). As equipes de saúde da família, as equipes dos Caps, até mesmo as equipes volantes de profissionais generalistas e especialistas, todas, podem contribuir para realizar uma clínica comprometida com a defesa da vida, que respeite as inúmeras formas de viver e de existir das pessoas e das famílias nos seus territórios.

2) As dúvidas e inseguranças fazem parte do processo de trabalho em saúde

Os profissionais da saúde costumam pensar nos casos de saúde mental sempre com muitas dúvidas quanto aos limites de sua atuação, muitas vezes se sentem improvisando quando usam a intuição e o bom senso. É necessário ter em mente que tais reflexões e sensações são comuns à prática em saúde, muitas vezes nos fazendo sentir *sem chão* ou sem um saber técnico específico para dar conta de situações difíceis.

A ênfase numa visão apenas biomédica do processo de adoecimento produz uma negação da dimensão da subjetividade presente no processo saúde-doença, o que não nos prepara para lidar com afetos, recusas, subjetividades complexas. Por isso é comum encontrar uma tendência dos profissionais a se proteger, apegando-se à especificidade da sua competência profissional e à convicção de que a complexidade dos cuidados em saúde mental não autorizaria o generalista a desenvolver quaisquer ações eficazes neste campo. Experiências têm mostrado realidades diferentes e bem-sucedidas, incluindo agentes comunitários de saúde capacitados para o acolhimento de demandas em saúde mental; profissionais dos Caps desenvolvendo atividades e discussão de casos em unidades de saúde da família; equipes de atenção básica e de saúde mental se corresponsabilizando pelo cuidado (Vecchia & Martins, 2009; Brasil, 2013).

3) É necessário refletir sobre a natureza do sofrimento do profissional da saúde

Para Amarante e Lancetti (2009), na saúde da família, os múltiplos procedimentos e o cuidado longitudinal permitem uma continuidade nunca alcançada em outras modalidades de atendimento. Ressaltam que essa continuidade exige dos profissionais lidar por longo tempo com o sofrimento humano, com famílias complexas e suas histórias, o que pode gerar angústia, impotência, medo, mas também entusiasmo. As mais variadas formas de afetos são vivenciadas também pelos profissionais da

saúde, como maneiras inusitadas de se relacionar e viver. Para os autores, esse campo relacional pode ser posto a serviço de objetivos terapêuticos ou transformar-se em carga insuportável. Alguns desses medos são justificados por uma expectativa de cura ou pela sensação de que este campo do saber não lhes é acessível, daí a importância da capacitação, do apoio dos profissionais da saúde mental.

Amarante e Lancetti (2009) ressaltam que um exercício de reflexão deve ser feito cotidianamente, mesmo sabendo que nem sempre haverá como encontrar as perguntas e as respostas corretas. Apesar disso, tratando-se de um cuidado que vai ocorrer ao longo do tempo, haverá sempre um acompanhamento processual no qual a proximidade com o usuário, seu território e sua realidade vão auxiliar no fortalecimento dos vínculos. Daí também a importância de não se sentir na obrigação de oferecer respostas apressadas às demandas dos usuários.

O fato é que temos que aprender a lidar com problemas complexos, muitas vezes em situações de miséria material e emocional, sem deixar que o sentimento de impotência nos cause paralisia. Temos que ter a clareza de que, mesmo trabalhando na saúde e sabendo da sua relação direta com as condições de vida, não podemos resolver todos os problemas dos pacientes e muito menos do mundo.

4) Algumas ações de saúde mental são realizadas sem que os profissionais as reconheçam como tal

Muitas vezes ouvimos os profissionais das equipes de saúde da família se referirem à importância da escuta dos pacientes, procedimento muito comum no trabalho em saúde, independente da função técnica específica do profissional. Não raramente, os profissionais oferecem atenção e tempo para a escuta dessas queixas e histórias, mas sempre tendendo a desvalorizá-la em relação a outras condutas técnicas. No entanto, essa tendência não invalida sua potência terapêutica, principalmente no trabalho na atenção básica. A escuta atenta pode ser uma primeira ferramenta utilizada pelo profissional, ao proporcionar ao usuário um momento para pensar, refletir, oferecendo um suporte, reconhecendo suas queixas emocionais como legítimas, sem que isso seja feito de forma alienada para o paciente ou gere no profissional uma sobrecarga (Brasil, 2013).

Com os usuários que sofrem com males psíquicos, essa conduta é ainda mais importante e significativa. Muitas vezes, reconhecer a legitimidade do entendimento do usuário sobre seu sofrimento é o começo de um vínculo de confiança essencial para o tratamento. Parte expressiva da população sofre com sintomas psíquicos, mas sequer vai aos serviços de saúde mental ou frequenta a unidade de saúde da família em busca de contato e alívio. Muitas vezes, o médico de família, o agente comunitário de saúde ou o profissional da recepção adquirem um poder de vínculo com o paciente muito maior que um psiquiatra ou um psicólogo (Amarante & Lancetti, 2009). O essencial aqui é pensarmos que a dimensão da palavra e da reflexão sobre o processo de adoecimento é sempre algo

que deve ser entendido num contexto de cuidado aos usuários, mesmo que não se tenha um método predefinido e claro.

5) O acolhimento pode ser um espaço potente para o futuro do tratamento

Para Amarante e Lancetti (2009), a ESF integra qualquer programa de saúde mental porque oferece um tratamento continuado que inclui acolhimento e ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais e educativas, de participação e protagonismo político. A metodologia adotada por muitas dessas equipes está sintonizada com os pressupostos da reforma psiquiátrica e o conjunto dos conhecimentos construídos a partir das experiências de saúde mental e desinstitucionalização. Os autores ressaltam que os princípios que organizam o trabalho na ESF fazem com que sejam atendidas prioritariamente as pessoas e famílias em maior risco: pessoas encontradas em cárceres pelos agentes comunitários de saúde; as que usam drogas de forma suicida, as que passam por crises psicóticas ou experimentam formas graves de depressão.

Uma das maiores dificuldades práticas, segundo Amarante e Lancetti (2009), consiste no fato de os profissionais, ao diagnosticarem e proporem terapêuticas, terem a expectativa de uma cura posterior. Acentuam a evidência de que, nos casos de saúde mental, muitas vezes não acontece assim. Quando um paciente de uma família melhora, outro pode descompensar, os casos nunca *fecham*, porque seria característica do sintoma essa circulação. Os autores enfatizam ainda que na saúde em geral o vértice da pirâmide da complexidade estaria no hospital – numa intervenção cirúrgica, por exemplo. Entretanto, na saúde mental, é ao contrário, no hospital os procedimentos são mais simplificados, ao passo que no território são exigidas ações de saúde mais complexas. Isso porque lidar com a vida das pessoas, suas contradições, buscando uma forma razoável entre a saúde e a doença, é realmente muito complexo.

Dessa forma, o acolhimento realizado nas unidades de saúde é muito importante, porque por meio dele a equipe pode oferecer um espaço de escuta a usuários e famílias, de modo que se sintam seguros para expressar suas aflições, dúvidas e angústias. Esses encontros oferecem também ao profissional a oportunidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território e de criar recursos coletivos e individuais de cuidado (Brasil, 2013). Conforme veremos nos demais capítulos, os grupos, encontros e atividades coletivas são outros recursos importantes para organizar a demanda, criar sentimento de pertencimento, dar suporte.

6) A visita domiciliar é uma oportunidade de aproximação e tratamento

Por ser uma ação que fortalece o cuidado no território, a visita domiciliar é recomendada tanto para os profissionais da ESF (Noro & Torquato, 2015) como para os da saúde mental, principalmente dos Caps (Minozzo & Izídio, 2013). Nos casos mais complicados, que são prioridade, é importante o apoio dos profissionais da saúde mental desde o início, na primeira visita ao domicílio, mas sempre acompanhados por algum membro da equipe de saúde da família. É também fundamental que as discussões sobre a situação e a pessoa que sofre sejam iniciadas imediatamente

(Amarante & Lancetti, 2009). Ressaltamos também que a participação direta da família e dos usuários em todo o processo será decisiva para o futuro do tratamento (Soalheiro, 2012).

Outro desafio para muitos profissionais especialistas em saúde mental é prescindir do atendimento individual como estratégia privilegiada e se abrir para abordagens mais flexíveis com relação ao *setting* do cuidado. Alguns ainda têm dificuldades para trabalhar no contexto das visitas domiciliares ou de outras atividades no espaço da comunidade. Situações associadas às violências domésticas (contra crianças, adolescentes e idosos), a assistência à população de rua e a complexidade dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas exigem uma atuação na atenção básica e uma disponibilidade para atuar em espaços *não protegidos*. As abordagens que visam à articulação com a rede social de apoio da pessoa e da família e ações destinadas à redução de danos são exemplos emblemáticos da desinstitucionalização dos cuidados de pacientes com transtornos mentais na atenção básica (Vecchia & Martins, 2009).

Noro e Torquarto (2015), discutindo a importância das visitas domiciliares para o trabalho dos profissionais da saúde bucal que atuam na atenção básica, ressaltam a importância da presença no domicílio para a construção do vínculo com o paciente e a família. Afirmam a necessidade de tratamentos que incluam uma dimensão afetiva e de confiança e o acompanhamento domiciliar por parte do profissional de nível superior até mesmo para potencializar o trabalho feito pelos agentes comunitários de saúde em suas atividades cotidianas na ESF. Como essa ainda é uma realidade distante, seria fundamental elaborar estratégias para que o atendimento domiciliar, nesse caso o odontológico, possa efetivamente acontecer e ser trabalhado desde a formação nas instituições de ensino, a partir da valorização dos aspectos relacionados à integralidade da atenção e ao cuidado humano.

7) É necessário manter um questionamento permanente em relação ao risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental

A nossa tradição secular de medicalização (que será objeto de discussão no capítulo 11) exige o enfrentamento desse problema mediante atenção permanente ao abuso de psicofármacos, análise de casos e criação de estratégias que favoreçam reflexões sobre as múltiplas determinações do processo saúde-doença (Vecchia & Martins, 2009; Soalheiro & Mota, 2014). É necessário adotar uma postura crítica em relação à prática do diagnóstico como instrumento de classificação apressada, sem procurar conhecer a biografia e o meio no qual o sujeito vive. De acordo com Amarante e Lancetti (2009), essa atitude implica observar regularidades que se manifestam no grupo familiar, os interlocutores invisíveis, o entendimento de todos em relação ao desequilíbrio psíquico, sua potencialidade subjetiva e sua possibilidade de autonomia. Para os autores, a adesão ao tratamento será maior se os cuidadores conhecerem a cultura do interlocutor, sua forma de entender o mundo e viver. Não se trata de abandonar os conhecimentos técnicos e clínicos, mas quando se trabalha no

território, é preciso praticar a *democracia psíquica*, conhecer a cultura, conversar com as pessoas e seus interlocutores invisíveis.

8) É importante investir na formação das equipes de atenção básica

Queremos ressaltar aqui como fundamentais as políticas de formação em saúde mental para os profissionais da ESF e também da saúde mental. A construção de processos de formação dessas equipes deve ser priorizada, evitando investir apenas em eventos pontuais e valorizando itinerários formativos mais profundos, o conhecimento e a práxis de todos. Para Vecchia e Martins (2009), não obstante a complexidade inerente à tarefa de se aliar formação básica e continuada em saúde mental, torna-se urgente planejar programas de educação permanente. Os autores sugerem a inclusão de oficinas de sensibilização, atividades modulares ou temáticas de ensino, supervisão externa, apoio técnico via matriciamento etc., ressaltando a relação desse investimento com o avanço na desinstitucionalização dos cuidados de pessoas com transtornos mentais na atenção básica.

## A (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO DESAFIO PARA TODOS

Compreendemos o campo da reforma psiquiátrica como um movimento em que os diferentes segmentos sociais envolvidos lutam não mais pela hegemonia de um modelo, mas pela superação dos próprios desafios que vão sendo criados ao longo do tempo, quando trabalhamos na perspectiva da desinstitucionalização. Do mesmo modo que a institucionalização de populações vulneráveis, como crianças, idosos, menores infratores, mantém-se com a conivência de toda a sociedade, as dificuldades inerentes aos projetos que afirmam direitos e lutas contra as desigualdades sociais e a exclusão continuam igualmente importantes.

Apesar dos avanços, os desafios para a saúde mental no SUS são ainda numerosos: a continuidade da vigilância e redução planejada de leitos; o enfrentamento das novas formas de institucionalização e a chamada transinstitucionalização; a falta de acesso aos serviços (cf. a insuficiência ou a descaracterização deles); a fragilidade da rede para atendimento aos usuários em crise (cf. o número insignificante de Caps III); a insuficiência e inadequação dos leitos em hospital geral; o risco da institucionalização dentro dos Caps; as dificuldades para tratamento de pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas; a integração e flexibilização entre justiça, direitos humanos e saúde; a formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; a complexidade de consolidação e sustentabilidade do novo modelo devido a dificuldades para definir as estratégias prioritárias e construir consensos. Destacamos ainda a necessidade do investimento no avanço da relação estratégica da saúde mental na atenção básica, tema ao qual nos dedicamos neste livro.

O que procuramos apresentar neste capítulo foi a ideia de que a (des)institucionalização é um processo no qual as transformações institucionais são produzidas

a partir de dentro. Trabalhando contra a cronicidade de profissionais e pacientes, transformando projetos e ações, colocando-nos em movimento. Ao estimular novos valores a partir do cuidado, apostamos que a apropriação deste tema pelos profissionais da saúde irá fortalecer o coletivo, projetos comuns, aproximações e convivências. Por isso a (des)institucionalização vai sempre se opor às diferentes formas de institucionalização motivadas pelo abandono e exclusão, possibilitando o desenvolvimento de uma sociabilidade mais rica para todos em uma sociedade mais justa para aqueles que necessitam de apoio e cuidados.

## SUGESTÕES DE LEITURA

AMARANTE, P. & LANCETTI, A. Saúde mental e saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al*. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 1. reimpr. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2009.

BASAGLIA, F. *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

NUNES, M. & LANDIM, F. L (Orgs.). *Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano*. Salvador: Edufba, 2016.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. & LANCETTI, A. Saúde mental e saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al*. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 1. reimpr. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2009.

AMARANTE, P. *et al*. El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitario del reconocimiento. *Salud Colectiva*, 9(3): 287-299, 2013.

BASAGLIA, F. A maioria desviante. *In*: BASAGLIA, F. *Escritos Selecionados em Saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005a.

BASAGLIA, F. A utopia da realidade. *In*: BASAGLIA, F. *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005b.

BASAGLIA, F. Prefacio a *Il Giardino dei Gelsi*. *In*: BASAGLIA, F. *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005c.

BARROS, D. D. *Jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154/2008, 24 jan. 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial*, Brasília, 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica n. 34: saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA-ROSA, A. & YASSUI, S. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. (Coleção Loucura & Civilização).

DIMENSTEIN, M. *et al*. Integralidade em SM: coordenação e continuidade dos cuidados na atenção primária. *In*: PAULON, S. & NEVES, R. (Orgs.). *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013.

FIGUEIREDO, M. D. & CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas: uma rede ou um emaranhado? *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1): 129-138, 2009.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 297-305, 2009.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. *In*: JATENE, A. D.; LANCETTI, A. & MATTOS, S. A. F. (Orgs.). Saúde *Loucura: saúde mental e saúde família*. São Paulo: Hucitec, 2000.

LEONARDIS, O.; MAURI, D. & ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. *In*: NICÁCIO, E. (Org.). *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucitec, 1990.

MATTA G. C. & MOROSINI M. V. G. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>.

MINOZZO, F. & IZÍDIO, I. C. Integrando Caps e saúde da família: apoio matricial em saúde mental. *In*: PAULON, S. & NEVES, R. (Orgs.). *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado.* Porto Alegre: Sulina, 2013.

NICÁCIO, F. *O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*, 1994. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

NORO, L. R. A. & TORQUATO, S. M. Visita domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social? *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, 13(1): 145-157, 2015.

NUNES, M.; JUCA, V. J. & VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2.375-2.384, 2007.

PENIDO, C. M. F. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. *In*: PAULON, S. & NEVES, R. (Orgs.). *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10): 4.579-4.589, 2011.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. *In*: AMARANTE, P. (Org.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps/Fiocruz, 2008.

ROTELLI, F. & AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. *In*: BEZERRA JR., B. & AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

ROTELLI, F. *et al*. Desinstitucionalização: uma outra via. *In*: NICÁCIO, F. & ROTELLI, F. (Orgs.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SOALHEIRO, N. I. *A Invenção da Assistência: uma orientação ética para a clínica em saúde mental na rede pública*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SOALHEIRO, N. I. As oficinas e o ofício de cuidar. *In*: COSTA, C. M. & FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

SOALHEIRO, N. I. Política e empoderamento de usuários e familiares no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8): 30-44, 2012.

SOALHEIRO, N. I. & MOTA, F. S. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. *Polis e Psique*, 4(2): 65-85, 2014.

TÓFOLI, L. F. & FORTES, S. O apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *Sanare*, 6(2): 34-42, 2007.

VASCONCELOS, E. M. *Abordagens Psicossociais*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

VECCHIA, M. D. & MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 13(28): 151-164, 2009.

VENÂNCIO, A. T.; LEAL, E. M. & DELGADO, P. G. *O Campo da Atenção Psicossocial.* Rio de Janeiro: Te Corá, Instituto Franco Basaglia, 1997.

# 3

# Território, Saúde Mental e Atenção Básica

*Grácia Gondim e Nina Soalheiro*

O projeto contemporâneo da saúde mental para o Sistema Único de Saúde (SUS) inclui o território como uma categoria central para a transformação e avaliação do seu modelo de atenção, além de um importante indicador de qualidade da rede e do tipo de mudanças na lógica do cuidado que vem sendo proposta no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. A saúde da família, por sua vez, constitui uma estratégia do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, que tem como desafio promover práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, focando no grupo familiar e na responsabilização pela saúde da população que vive no seu território.

A noção de território vem desde os primórdios da reforma psiquiátrica, com as primeiras experiências de criação dos chamados serviços substitutivos, unidades inseridas no sistema local de saúde e que trabalham com um novo paradigma de cuidado. São serviços locais e com características plurais que substituem a solução única e excludente do modelo biomédico e hospitalocêntrico.

O campo da saúde mental, dessa forma, inclui-se no debate do SUS, a partir da criação dos distritos sanitários, conceito discutido por Mendes (1993) como um processo social de transformação das práticas sanitárias. O território é definido como espaço em constante construção e reconstrução, produto de uma dinâmica social. Desde então o autor defende uma concepção de território-processo que transcende a sua redução a uma superfície-solo e as características geográficas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. Esse território, então, além de um território-solo é, ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico (Mendes, 1993).

A atenção básica/saúde da família, por sua vez, tem a função estratégica de reorientação das práticas e ações de saúde, no sentido da integralidade e

territorialização do cuidado, constituindo-se como a porta de entrada preferencial de todo o sistema de saúde, inclusive das demandas de saúde mental. No que se refere à organização da atenção, é sempre evidenciada a necessidade de demarcar territórios para regular a atuação das equipes de saúde no seu conjunto de ações intradomiciliares e nos ambientes comunitários. Campo de atuação por excelência da Estratégia Saúde da Família (ESF), os territórios da moradia explicitam os problemas relacionados aos hábitos e comportamentos sanitários, definindo os contextos de vulnerabilidade para a saúde dos moradores do domicílio (Barcelos & Monken, 2007).

Este capítulo tem como objetivo examinar os conceitos necessários para entender a complexidade da dimensão de território no âmbito da saúde em geral e da saúde mental em particular, sua relação com os processos de adoecimento e sua importância para as práticas de saúde. Discute o desenvolvimento do conceito de território e sua apropriação no contexto da ESF e da saúde mental, a partir de uma tradição que afirma os territórios como espaços vividos que materializam a história de pessoas e de lugares, por meio da cultura, dos movimentos sociais e das forças políticas em conflito (Monken, Barcellos & Porto, 2011).

Os lugares são resultado da sua história e promovem condições particulares para a produção de determinados problemas de saúde, e a experiência de adoecimento como manifestação do indivíduo é indissociável da situação de saúde do lugar em que vive, do seu território de vida. Ou seja, os lugares e seus diversos contextos sociais promovem condições particulares para a produção de saúde e/ou doenças (Barcellos, 2000).

Por isso tomamos território como conceito estratégico, categoria central para a construção de um modelo de atenção em saúde mental, no qual constitua importante indicador de qualidade do cuidado e dos serviços, a depender da maior ou menor interação entre usuários, comunidade e equipe de saúde mental (Quintas & Amarante, 2008). Ressaltamos a importância do reconhecimento do território pelos profissionais da saúde, para que sejam identificadas relações entre os hábitos e comportamentos sanitários, as vulnerabilidades de grupos e comunidades, visando à caracterização de seus problemas e necessidades de saúde (Monken & Barcellos, 2007).

Abordamos o tema considerando o território como lócus da produção e reprodução da vida, e explicitamos as suas múltiplas dimensões (política, econômica, cultural, subjetiva), tomando-o como dispositivo fundamental para o trabalho em saúde, considerando os lugares como espaços singulares para estruturação de cidadania. Por isso, discutir o território implica, sobretudo, considerar as relações de poder e os projetos de desenvolvimento e uso do espaço dos diversos atores sociais e econômicos envolvidos.

Procuramos resgatar e sistematizar conceitos relacionados à *produção social da saúde-doença-cuidado*, destacando elementos, objetos e sujeitos implicados, a partir do conceito ampliado de saúde, e do direito de acesso a serviços e cuidados à saúde

como direito de cidadania, expresso na Constituição no ideário do SUS e do movimento pela reforma psiquiátrica.

Com a intenção de discutir a noção de território na teoria e nas práticas de saúde mental, introduzimos e sistematizamos conceitos advindos da geografia crítica, em especial dos trabalhos de Milton Santos (1926-2001), um dos maiores expoentes desse campo, para que se tornem ferramentas de trabalho para a construção de um modelo territorial de cuidado que reconhece as pessoas como elas são, onde moram, com os problemas que têm e com os recursos construídos no seu contexto de vida.

Apresentamos um conjunto de reflexões que visam a potencializar as ações e aumentar a capacidade resolutiva da equipe local de saúde da família e a construção de práticas de responsabilização compartilhada. Uma estratégia de produção de sentidos e sensibilização dos trabalhadores para o cuidado de base territorial, proposta tanto para a ESF quanto para a saúde mental e atenção psicossocial identificadas com a (des) institucionalização.

Para tornar mais clara a singularidade do tema *território* e sua operacionalidade nos âmbitos da saúde mental e da atenção básica, ressaltamos aqui uma reflexão de Milton Santos sobre a necessidade de parcimônia e zelo na apropriação de conceitos oriundos de uma disciplina por outra, em função da especificidade e da identidade do olhar de cada uma sobre os fenômenos que estuda, reflete e questiona. É preciso, portanto, conhecer, analisar e praticar o conceito no campo ao qual se deseja incorporar seu uso, para torná-lo significativo no âmbito dos processos sociais – nas trocas, interações e conflitos.

Se a apropriação de uma categoria enriquece o conhecimento e modula outras percepções sobre os objetos de estudo, tanto do campo que origina o conceito quanto do campo que o incorpora, esse processo deve estar orientado por questões específicas de cada um deles. Não se trata apenas de estabelecer diálogo entre os objetos das diferentes disciplinas. A questão que se coloca é, sobretudo, a sua incorporação ao método, isto é, a construção de um sistema intelectual de referência que permita, analiticamente, abordar uma realidade com base em um ponto de vista, e não reproduzir o ponto de vista alheio, sem crítica ou reflexão (Santos, 1996).

Por essa razão, alguns tópicos deste capítulo, embora inicialmente muito específicos da geografia crítica se fazem necessários para a compreensão de seus significados, métodos e usos, de modo a contribuir para sua incorporação no âmbito da saúde mental e da atenção básica. Em especial, sua apropriação no discurso e nas práticas, como possibilidade de potenciar o desenvolvimento de ações inclusivas e compartilhadas, do uso de dispositivos de significação e identidade, da construção de projetos terapêuticos territorializados que ampliem a integralidade do cuidado, a autonomia e liberdade dos sujeitos envolvidos na produção de saúde.

## DIALOGANDO COM A GEOGRAFIA: CONCEITOS PARA USO NA SAÚDE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Situar a categoria território no centro da discussão das práticas de atenção básica e do cuidado em saúde mental é buscar em seus múltiplos significados aqueles que se relacionam aos processos de construção de subjetividades e identidades, de vínculos, de acolhimento e de troca. Sobretudo, é ressaltar e valorizar o conflito, identificando seu contexto, desvelando sofrimentos e dando significado ao encontro de diferenças e afetos.

A aproximação de categorias geográficas (espaço, território, lugar, região) com o campo da saúde coletiva não é recente e não ocorreu sem que se fizesse uso da polissemia e com isso se incluíssem o múltiplo, o novo, os muitos sentidos. A multiplicidade de usos revela, simultaneamente, o instituído e a sua ruptura, apresentando significados e concepções diferentes quando utilizados nas políticas, nas ações e nos discursos da saúde (Gondim, 2011).

Desse modo, os conceitos geográficos ganham importância crescente ao longo da constituição do campo da saúde coletiva, sendo incorporados progressivamente, a partir de alguns fatores: a evolução dos saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado relacionado a indivíduos e populações; a valorização da presença ou ausência de determinados elementos no momento de ocorrência de um evento de saúde; o aumento da visibilidade da sua influência sobre as formas de organização, oferta dos serviços e das ações de saúde, e ainda seu papel nos processos terapêuticos nas dimensões individual e coletiva.

Destacamos aqui os conceitos geográficos centrais de uso na saúde coletiva, os quais consideramos fundamentais para o trabalho dos profissionais em seus territórios de atuação, em particular, na ESF e na saúde mental, tendo como desafio comum a reorientação das práticas e a territorialização do cuidado.

### Espaço: a dialética da totalidade e da localidade

A categoria *espaço* foi utilizada, inicialmente, no campo da saúde no modelo ecológico de análise do processo saúde-doença, com referência à relação do homem com o ambiente ou meio, para explicar as formas de transmissão de doenças na interação homem-ambiente/agente. Em seguida, aparece nos estudos epidemiológicos clássicos, com o significado de "lugar", para especificar um recorte do espaço e responder às questões suscitadas pela epidemiologia na ocorrência de um evento de saúde – quem? quando? onde? – referente a pessoa-tempo-lugar. Mais recentemente, a epidemiologia social introduz o espaço como *local*, significando o que está mais próximo das pessoas, para explicar as múltiplas determinações que incidem sobre populações inseridas em um dado espaço singular (Silva, 1997; Barcellos, 2000; Czeresnia & Ribeiro, 2000; Gondim *et. al*., 2008).

A noção de espaço foi incorporada, ao longo do tempo, como tema de reflexão sobre seu uso pelos mais variados campos disciplinares. De um lado, os que o tomam como objeto de estudo e de conhecimento; de outro, os que o utilizam como meio para o trabalho cotidiano. Em ambos os casos, há os que o compreendem como um produto da história – criação humana datada em um recorte do conhecimento – e os que o interpretam como processo histórico-evolutivo, com diferentes significados a depender dos contextos de sua produção (Santos & Souza, 1986).

Como instrumento de produção de conhecimento, o conceito contribui para compreender as formações humanas e refletir sobre as condições de existência do homem. Constitui instrumental importante para propor teorias, axiomas e paradigmas referentes à sociedade, aos objetos, às relações sociais e às ações sobre a natureza. Como meio de trabalho, no qual o homem se encontra imerso, serve para projetar e armazenar energia, viabilizando a relação metabólica homem-natureza, para produção das condições materiais e imateriais de vida em cada tempo histórico (Santos, 1994).

Há quem afirme que a noção de espaço antecede a de território. Assim, os territórios seriam desdobramentos do espaço sob a projeção do trabalho – uma produção social, marcada por relações de poder, em qualquer nível da realidade, e pelos modos de produção que a caracteriza. O espaço seria o insumo para formação de territórios e precede qualquer produção/ação humana. Na medida em que se estrutura o espaço, criam-se os territórios e estabelecem-se, ao mesmo tempo, diferentes poderes, próprios das relações que se materializam nesse espaço transformado pela ação do homem. Esses poderes ocorrem em qualquer nível de agregação e desagregação territorial e em qualquer tipo de interação humana (Raffestin, 1993).

Santos (1985, 1988, 1996), em várias de suas obras, considera o território antecessor da noção de espaço. Afirma que as unidades espaciais se tornam territórios quando submetidas a sucessivas ocupações históricas, efetivadas por uma sociedade, por meio do trabalho realizado em um determinado modo de produção, mediadas por regras que o poder transforma em ações coercitivas. O espaço seria uma acumulação sucessiva de fatos históricos, que une e significa passado e presente, materializados a partir da produção de territórios.

A grande contribuição dessa formulação é situar o espaço como processo e produto das relações sociais, que se realiza como uma instância social: "um conjunto indissociável, solidário e também contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único no qual a história se dá" (Santos, 1996: 63). Ou seja, o conceito em si não efetua mudanças, mas os sentidos que ele aporta para significar os fatos da existência humana e transformar as ideias, daí seu caráter polissêmico e contraditório.

## Território, limites e poderes e ações

A categoria território tem uso recente no setor saúde, cerca de 25 anos, e é compreendida como espaço produzido e fruto das relações sociais e de poder. Pode contribuir, de um lado, para localizar espacialidades produtoras de saúde ou doença, possibilitando incidir sobre os determinantes sociais que elas encerram; definir recortes de gestão e de práticas de saúde, de modo a aproximar os serviços e as equipes dos usuários; e identificar responsabilidades sanitárias para a melhoria da situação de saúde. De outro lado, serve para organizar a rede de atenção à saúde, contribuindo para o cumprimento das diretrizes da descentralização, municipalização, regionalização e hierarquização, viabilizando a integralidade e a intersetorialidade das ações, para resolver problemas e responder às necessidades dos indivíduos e coletivos populacionais (Gondim, 2011).

A origem da palavra vem do latim *territorium*, que significa terra, sendo utilizada nos tratados de agrimensura para designar "pedaço de terra apropriada". Também pode significar "uma porção delimitada da superfície terrestre". Em seu nascedouro, o termo aproximava-se tanto de *terra-territorium*, com o sentido de apropriação, quanto de *terreo-territor*, com o sentido de terror, aterrorizar. Desse modo traz desde a origem um duplo significado: de dominação da terra – um recorte jurídico-político – e de medo imposto pelo terror – uma conotação simbólica (Haesbaert, 2004; Souza & Pedon, 2007).

Essa dupla origem abriga elementos que marcam até hoje o uso da categoria em qualquer campo do conhecimento. De um lado, há muitos atores sociais subjugados à dominação, cujo terror (*terreo-territor*) os impede de se apropriar da terra ou de adentrar em certos territórios (*terra-territorium*); de outro, há aqueles que lutam pelo direito à terra e constroem uma relação positiva de identidade e pertencimento, efetivando a apropriação.

Duas grandes vertentes geográficas trabalharam a noção de território. A geografia política clássica tem uma conotação jurídico-política muito forte – de demarcação, jurisdição administrativa – por entender a estreita relação entre o Estado e o território. Está ancorada no pensamento do geógrafo Ratzel (1982), que relaciona o território ao homem e à terra, ou seja, concebe o território como sinônimo de solo, como dimensão eminentemente material e política, cujo poder traduzido em hegemonia e soberania, materializa-se na figura do Estado-nação como totalidade. Essa concepção é restrita, pois considera e legitima no território apenas o poder estatal, limitando-o exclusivamente a uma única dimensão, a político-institucional.

A outra vertente defendida pelo geógrafo Raffestin em período mais recente faz a crítica à geografia política clássica e amplia o conceito. Reafirma o poder como dispositivo central para o estudo do território, não só como capacidade exclusiva do Estado, mas exercido também por outros atores que emergem da população. Para ele "o território não poderia ser nada mais que o produto dos atores sociais. São eles que produzem o território, partindo da realidade inicial dada, que é o espaço (Raffestin, 1993: 7-8).

Por isso, são produções históricas dos homens em sua relação cotidiana com a natureza, mediadas pelo trabalho e materializadas no espaço por uma ação intencional – um projeto político singular, de um ator social que se faz representar no espaço.

Território é uma área delimitada por fronteiras estabelecidas – reais ou imaginárias – que abriga processos permanentes em seu interior, nos quais se manifestam todas as formas de relações. Qualquer espaço marcado pela presença de poderes é definido e delimitado por e a partir dessas relações". Portanto, o poder "surge por ocasião da relação", e "toda relação é ponto de surgimento do poder". Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder, dá-se o nome a esse fenômeno de *territorialidades*, de modo que uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada como constituída por vários territórios (Raffestin, 1993: 54).

A territorialidade, no entendimento das relações de poder especializadas, expressa não só a dimensão política, mas também econômica, cultural e subjetiva. Nessa perspectiva, encontra-se fortemente relacionada às múltiplas representações de como as pessoas usam a terra, como se organizam no espaço e como dão significado ao lugar. É comum observarmos no espaço da cidade, várias expressões de territorialidades relacionadas a determinados períodos do ano – manifestações religiosas, carnaval, desfiles cívicos e de minorias discriminadas –; a turnos do dia – durante a manhã e a tarde, atividades relacionadas ao trabalho; à noite, atividades de lazer –; áreas demarcadas por atividades de exceção, como o tráfico, a milícia, os usuários de drogas; e, ainda, espaços ou edificações representativos de grupos sociais, campos disciplinares (Foucault, 1999) ou instituições totais (Goffman, 1987).

Santos (1996) sugere operacionalizar o conceito de território a partir dos seus usos, na escala social do cotidiano. Essa abordagem possibilita o uso da categoria nas análises em saúde, em particular na atenção básica e na ESF, para o entendimento contextual do processo saúde-doença-cuidado, principalmente em espaços locais e comunitários na perspectiva de construção de identidades e vínculos.

O uso da categoria território na saúde não pode se limitar a simples recorte político-jurídico e operacional do sistema de saúde – área da equipe da ESF, microárea de agente comunitário, região de saúde, polo assistencial, núcleo de apoio à saúde da família, centros de atenção psicossocial e de atenção psicossocial em álcool e drogas, entre outros. Pode e deve, sobretudo, significar o lócus da materialização de práticas sociais e de interação entre usuários, população e os serviços de saúde no nível local, traduzidas em delimitações singulares que desvelam os determinantes sociais da saúde, as condições de existência das pessoas, a organização espacial da vida e as possibilidades de intervenções terapêuticas – individuais e coletivas.

Se o espaço é a totalidade que contém uma coleção de territórios, depreende-se que estes trazem em si a ideia de parte, diversidade, singularidade. O conceito de território na abordagem dos sistemas locais de saúde aparece como uma noção que

permite explicitar tanto o papel do contexto, quanto do espaço social e da interação entre os atores que o constroem e o utilizam (Gondim, 2011).

## Lugar: a dimensão da vida cotidiana

O *lugar* é entendido e apropriado como o depositário final dos eventos, como construção social fundamentada nas relações espaciais diretas e próximas, no cotidiano e na articulação entre a cooperação (ajuda mútua) e o conflito (divergência de projetos, interesses). No contexto atual, em que fluidez e simultaneidade andam juntas e a comunicação se constitui como elemento central da relação espaço/tempo/pessoas, o lugar apresenta-se não só como expressão de identidade e resistência, mas também como possibilidade de adaptação à ordem global, decorrência da incorporação rápida de novos estilos de vidas e *habitus* (Bourdieu, 1989). Por isso alerta-se, proximidade e identidade são características positivas do lugar, porém, se não bem conhecidas e apropriadas, podem facilitar a introdução e disseminação de novos signos forjados pela fluidez do movimento global (Santos, 2005; Silveira, 2006; Gondim, 2011).

Em Santos (1997) encontra-se uma crítica ao processo de globalização, fenômeno que considera perverso, na medida em se somam novas estratégias de exclusão e novos excluídos, se naturaliza a pobreza e se insere em uma nova ordem mundial baseada na competitividade sem limites morais. No entanto, Santos aponta também para a possibilidade de outra globalização, horizontalizada e cooperativa, na qual há uma recriação do espaço do cidadão, a partir da força de cada um – da nação, da cidade, do espaço, do sujeito. Uma recriação que passaria pela produção de uma ideia de mundo feita em cada lugar.

Dessa forma, afirma a importância da dimensão local, remetendo ao que denomina *força do lugar*, entendido aqui como lócus da identidade e resistência, base da ação proativa e compartilhada no cotidiano. Resistência particularmente associada ao que o autor nomeia como uma "sabedoria da escassez", construída com base nas experiências vivenciadas na luta pela sobrevivência nos grandes aglomerados humanos. Cada lugar é à sua maneira o mundo, a despeito do processo dialético de uma razão global e uma razão local, que se superpõem, se associam e se contrariam. Há uma ordem local construída pelo cotidiano vivido que inclui a copresença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização, com base na contiguidade.

Se a ordem global busca impor a todos os lugares uma única racionalidade, cada lugar responde com uma lógica própria. Nesse contexto, o lugar aparece como um conjunto de virtualidades de valor desigual, cujo uso tem que ser disputado a cada instante, mas onde a proximidade e a vizinhança criam uma sociabilidade permeada por laços culturais, solidariedade e identidade. São reflexões que consideramos importantes, em especial para as grandes metrópoles, cuja complexidade social e organizativa afeta diretamente o campo da saúde.

Nessa perspectiva, o conceito de lugar é incorporado para significar e atribuir a cada elemento constituinte do espaço um valor particular – singularidades espaciais. Um conjunto de objetos que têm autonomia de existência pelos elementos que o formam – habitações, ruas, pontes, edifícios, indústrias, empresas, restaurantes, eletrificação, calçamentos, mas que não têm autonomia de significação, pois todos os dias novas funções substituem as antigas, novas funções se impõem e se exercem. Verifica-se cotidianamente a dinamicidade dos territórios na observação/transformação do lugar, que materializa, em última instância, sua articulação com elementos e fenômenos de outros lugares – regional, nacional, global (Santos, 1988; Sabroza & Leal, 1992; Takahashi, 1998).

No entanto, seria incorreto considerar o lugar como capaz de explicar todos os fenômenos em si mesmos, sem ter como pano de fundo a história das relações e dos objetos sobre os quais se dão as ações humanas. Compreender a relação dialética dos sujeitos com os elementos naturais e construídos (fixos) e as relações/ações sociais (fluxos) que que lhes dão sentido, é evidenciar a dinamicidade da vida cotidiana que possibilita a mudança, em que os objetos da paisagem acolhem as relações sociais e estas os impactam e transformam, em um movimento constante de territorialização-desterritorialização-reterritorialização (Haesbaert, 2004). Impõe-se, na análise de territórios e lugares, o olhar sobre os objetos e as ações como um todo em sinergia, de modo que se possa refletir e compreendê-los na totalidade.

## Região: relações espaciais de gestão

O conceito de *região* é, por excelência, a categoria com que se analisam as relações espaciais, na perspectiva político-administrativa. É utilizada nas atividades de planejamento e programação para organizar recursos e ações que traduzem intencionalidade da esfera pública sobre território, com base nas necessidades da população e na oferta de serviços essenciais à cidadania, ao exercício do poder regulatório, ou ainda, à focalização das políticas setoriais em determinado recorte territorial (Guimarães, 2005; Gondim, 2011).

Esse conceito utilizado por Vidal de La Blache, na fundação da geografia como disciplina, situa a relação entre homem e natureza como variável em cada parte do planeta (ou regiões), as quais teriam fortes influências históricas e seriam moldadas pelas características físicas do local habitado, mas também pela cultura. Dessa maneira, o espaço seria um mosaico de subespaços com características fisiográficas e humanas próprias, não necessariamente semelhantes aos vizinhos, mas com articulações externas de solidariedade e complementação (Corrêa, 1986).

A saúde operacionaliza o conceito de região como sinônimo de território ampliado, como espaço-região, que pode tanto ser concebido como uma realidade concreta, construída ao longo de sua história, como ser objeto de criação intelectual com base em parâmetros estatísticos através dos quais seja caracterizado em função de objetivos preestabelecidos (Corrêa, 1986).

No SUS as regiões de saúde são expressões políticas e técnicas materializadas em um desenho territorial em rede e com hierarquia de serviços, tendo como pressuposto atender tanto a totalidade da população da região quanto a singularidade dos múltiplos territórios e lugares situados nos municípios. Essa estratégia organizacional de gestão objetiva efetivar a universalidade e a integralidade do cuidado, conforme menciona o decreto n. 7.508/11, capítulo II, seção 1 (Brasil, 2011), em que a atenção psicossocial é um dos serviços a ser ofertado:

> Região de Saúde – espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (...)
>
> Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I – atenção primária; II – urgência e emergência; III – *atenção psicossocial*; IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V – vigilância em saúde. (destaque nosso)

Guimarães (2005), ao analisar a regionalização brasileira, afirma que o conceito de região de saúde se confunde com uma intencionalidade política espacializada, um projeto materializado no espaço, apoiado em um modo consistente de expor as conexões entre as diferentes escalas – local, regional –, o que aproxima o debate a respeito das regiões de saúde da concepção dialética da totalidade. Essa abordagem nos remete a uma compreensão do conceito de região como parte e todo, ou seja, uma totalidade aberta e em movimento, que abriga espaços singulares (territórios e lugares) e, ao mesmo tempo, articula outros espaços em escalas maiores – a totalidade.

Qualquer arranjo espacial no campo da saúde pressupõe uma lógica horizontal com pontos de verticalidade assistencial ascendente, que se estrutura a partir da proximidade do lugar ou do local, e das necessidades básicas da população, para em seguida, buscar respostas em estruturas mais distante (da região ou país) para atender necessidades mais difusas e complexas. Desse modo, será possível compreender e enfrentar os determinantes e condicionantes das condições de vida e da situação de saúde dos territórios e cumprir os princípios e diretrizes do SUS.

As delimitações dos territórios da atenção básica e, em seu interior, a atenção psicossocial, para além do desenho institucional preestabelecido, devem contemplar tanto as particularidades dos lugares – necessidades, problemas e potencialidades – quanto as especificidades dos seus processos de trabalho, cujo objeto de ação são sujeitos e práticas singulares. Essa inclusão vai possibilitar transpor limites e agregar outros recortes espaciais ampliados (outras escalas), para responder a situações de saúde de maior complexidade. Se esses aspectos não forem dimensionados no momento da organização da rede de serviços de atenção básica, corre-se o risco de homogeneizar os diferentes e as diferenças relacionados às necessidades e à oferta de

atenção e cuidado, no que tange aos aspectos epidemiológicos, econômicos, políticos, culturais e subjetivos inerentes aos territórios.

## O TERRITÓRIO, A VIDA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Reafirmamos que é o uso do território que o torna real, que o faz pulsante, vivo, e são as pessoas e as agências – públicas e privadas – que cotidianamente lhe imprimem um ritmo, uma forma, um conteúdo e um conjunto de significados que exterioriza múltiplos projetos, desejos, intencionalidades e ações em cada tempo específico. O território resulta, portanto, de acumulações e situações históricas em suas múltiplas dimensões (social, política, cultural, ambiental e subjetiva) que promovem condições particulares para a produção de saúde ou doença. Reconhecer a singularidade do território é fundamental para compreender e caracterizar sua população, seus objetos e ações, e neles as questões relacionadas ao campo da saúde, em especial, a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população.

O processo de produção do espaço (urbano ou rural) resulta na formação de lugares e territórios muito diferentes – da moradia; dos negócios; da indústria; dos fluxos; da circulação de mercadorias, bens, serviços e pessoas; dos ricos, dos pobres, da saúde e da doença. No processo de produzir o espaço, também se produzem riscos e se estruturam vulnerabilidades, em diferentes níveis, formas e conteúdos, que afetam tanto o indivíduo quanto os grupos sociais, e sua interação vai contribuir para mais saúde ou mais doença. O espaço produzido socialmente se estrutura em territórios heterogêneos que exercem, cotidianamente, pressões econômicas, políticas e culturais sobre as pessoas e instituições, criando condições particulares para sua utilização no âmbito individual e coletivo. É um ciclo virtuoso de produção, consumo e apropriação, que determina e condiciona, em última instância, a existência humana.

Decodificar a linguagem dos territórios e lugares para compreender como o processo saúde-doença acontece, simultânea e continuamente, e como suas repercussões são percebidas diferenciadamente na esfera dos corpos, dos sujeitos, dos grupos e da totalidade, contribui para situar o cuidado para além do ato de curar empreendido por um indivíduo sobre outro. No âmbito territorial, cada fenômeno é percebido e sentido, com maior ou menor intensidade, consoante a organização socioespacial, cultural, política e econômica de cada população e o processo de subjetivação humana e social produzido em cada um desses lugares. Daí a importância dos seus usos nos processos terapêuticos que têm como pressupostos a troca, a participação, a inclusão e a autonomia como formas de reconhecimento e superação do sofrimento e da cura (Gondim, 2011).

A multiplicidade de territórios e lugares também modula a percepção das pessoas sobre os riscos e vulnerabilidades distribuídas espacialmente. Com isso, é possível afirmar que pessoas em si não são portadoras de risco, mas, sim, de condições de exposição e susceptibilidade diversas, localizadas no nível do indivíduo, do grupo, da

família, da comunidade, do contexto e da totalidade. Todos esses elementos imbricados em situações problemáticas se expressam nas condições gerais de existência das pessoas, em face das ameaças e perigos a que se expõem em seu dia a dia, de forma consciente ou não (Gondim, 2011).

Barcellos e colaboradores (2002) alertam que o uso de categorias geográficas (espaço, território, lugar ou região) para a análise da situação de saúde e do risco, este último entendido como um perigo que ameaça pessoas e ambientes e tem a probabilidade de causar danos, não se limita exclusivamente à mera localização dos eventos de saúde. Suas potencialidades e limitações vão depender da diversidade de seus próprios conceitos e conteúdos, em que o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais. Essa qualidade intrínseca às categorias geográficas usadas pelo setor saúde é a essência que precisa ser apreendida para viabilizar o cuidar das pessoas.

Na análise da situação e no desenvolvimento de ações de saúde, as diferentes dimensões do território devem ser analisadas com base na observação e na reflexão dos atores sociais que lhes dão significado. Limitar o seu uso, exclusivamente, para localizar eventos de saúde ou pessoas e grupos em risco, é perder a essência do múltiplo e do uno, cuja dialética traduz a vida, o movimento e a transformação.

No espaço produzido, cada ator social (indivíduo, grupo, instituição, estado) busca ampliar seu poder e lutar de acordo com seus valores e propósitos, com o objetivo de tornar hegemônico seu projeto, seu desejo, sua realização. No campo da saúde, essa compreensão é central para pensar o cuidado. Se saúde não é só ausência de doença, mas uma produção social localizada nas condições de existência das pessoas, é urgente que os atores sociais da saúde busquem estratégias que ampliem as chances de se produzir e reproduzir a vida de forma mais positiva. Uma delas é fomentar a consolidação de um saber inter e transdisciplinar que impulsione pensar e agir para além da especificidade do objeto da saúde. Outra estratégia é efetivar a ação intra e intersetorial para articular e fortalecer no território a população, as instituições, os profissionais e os usuários, sujeitos em seus processos de cura.

No âmbito das práticas integrativas, cada território ou lugar oferece conteúdos e informações que vão possibilitar a elaboração de um mosaico explicativo sobre as condições de vida e a situação de saúde da população e dos sujeitos que a compõe. Esse desenho múltiplo e multifacetado requer, para mudança de modelo de atenção e de práticas sanitárias, atores sociais implicados na produção social da saúde que recorram a conhecimentos, métodos e dispositivos adequados aos cenários possíveis de intervenção, de modo a assegurar a todos o acesso igualitário, de qualidade e de acordo com as necessidades de cada um (Mendes, 1999).

A saúde mental, como campo de saberes e ações singulares, tendo na atenção psicossocial a possibilidade de diálogo com a atenção básica, necessita incorporar ao seu discurso e às suas práticas a abordagem territorial como espaço e linguagem

do cotidiano vivido. Isso porque para este campo, e talvez mais intensamente do que para outros, o território se coloque como estratégia central para buscar sentidos e significar situações de vida que possam integrar ao corpo social o sujeito portador de sofrimento mental, minorando seu isolamento, o preconceito e a dissociação entre a vida real e subjetiva. Estratégia essa que possibilite, na contradição e no conflito, emergir a fala, o vínculo, a identidade.

Com esse entendimento, o território pode tornar-se um manancial de falas em que cada lugar constrói e usa uma linguagem própria, permeada de signos e significados que lhes dão sentido à luz das experiências vivenciadas. Urge escutá-las, percebê-las, traduzi-las e incorporá-las ao cuidado em saúde mental, em particular às práticas promotoras de saúde, em que o fortalecimento de habilidades individuais e coletivas se consolida no agir cotidiano do território – na moradia, na rua, na unidade de saúde.

O uso do território na atenção psicossocial pode reconstruir a história dos sujeitos em situação de sofrimento, por meio da incorporação de dispositivos territorializados que eles próprios constroem e utilizam em seu dia a dia. Tais dispositivos, se identificados, podem ser re(re)construídos e (re)significados para criar espaços de diálogos, de criação e de produção de sentidos. O processo de *tradução* discursiva do território impõe ao conjunto de atores envolvidos na ação terapêutica desenvolver capacidades cognitivas, afetivas e técnicas que facilitem entender e se fazer entender para interagir. Esse aprendizado coletivo pode contribuir para uma ação mais dialógica com usuários, familiares e população do território, por meio da escuta qualificada, da observação comprometida, do olhar interessado e da intersubjetividade que emerge do encontro e da troca para construir vínculos.

A saúde, a doença e o cuidado são representações que variam na história e nos contextos em que são produzidas. Sua modulação se dá pela conjugação de quatro esferas estruturantes da vida em sociedade – o modo de produção, o sistema de crenças, a organização pública e privada e o arranjo tecnológico-gerencial – disponíveis nos territórios para acolher e cuidar das pessoas. Assim, cada sujeito singular ou grupo específico vivencia e percebe esses fenômenos com base na sua experiência, seus referenciais culturais, sua posição política, sua inserção produtiva e sua subjetividade. Mesmo que haja uma orientação geral ou um entendimento conceitual dominante sobre um dado objeto da saúde, o significado que cada um imprime nele vai conformar uma constelação de sentidos que podem ser apreendidos pelo sistema de saúde para potencializar suas ações.

Se admitirmos que a saúde e a doença sejam expressões de territórios singulares e que cada sujeito tenha necessidades específicas, as práticas de cuidado também serão específicas em contextos e sujeitos singulares. O ato de cuidar do outro deve superar os desenhos organizacionais, as estratégias, os métodos e as técnicas padronizadas, ousando incluir em seus dispositivos o diferente e o inusitado – demandas emergentes que surgem no processo de apropriação do território.

No âmbito do cuidado em saúde mental, conhecer o território em que o sujeito com sofrimento mental se insere é mais do que coletar informações sobre seu agravo ou doença, é reconhecê-lo e situá-lo no mundo ao seu redor afirmando-o como sujeito e cidadão no contexto onde significa sua vida. É, sobretudo, dialogar e interagir em situações de sofrimento, absorvendo no processo terapêutico contradições, conflitos e potencialidades vivas e pulsantes do cotidiano para construir e (re)construir, na complexa teia do território, a abertura possível para instauração de mecanismos de inclusão, interação, troca, vínculo e colaboração. Desse modo, o sujeito do cuidado deixa de ser o portador de uma morbidade para tornar-se elemento catalisador de (trans)formações – do seu corpo, do seu texto, do seu entorno e do seu destino – com o apoio solidário e generoso do coletivo.

## COTIDIANO E PRÁTICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

O conceito de *cotidiano* foi cunhado no século XX por muitos autores que refletiram sobre o tema e o problematizaram. Em síntese, o cotidiano seria a vida de todos os dias e de todos os homens, presente em todas as esferas da existência humana. Desse modo, significa a vida do homem inteiro, com todas as dimensões de sua individualidade e de sua personalidade. É na vida cotidiana que são "acionados todos os seus sentidos, todas as suas habilidades intelectuais e manuais, suas paixões e sentimentos, suas ideias e ideologias" (Heller, 1991: 17).

Na vida cotidiana (ou cotidianidade), as atividades relacionadas à reprodução do indivíduo (o homem singular) são distintas daquelas relacionadas à reprodução do coletivo (da vida social) ou não cotidianidade. A dupla dimensão da vida ordinária dos homens é elemento central para as práticas de saúde mental na atenção básica, dado que, ao mesmo tempo, deve cuidar do homem singular em sua cotidianidade e buscar estratégias de cuidado nos espaços da não cotidianidade, de modo a inseri-lo no convívio social, onde pode se reconhecer e ser reconhecido em sua plenitude.

As dimensões de homem singular (individual) e homem genérico (coletivo) contribuem para estabelecer analogias com a relação dialética entre o lugar (local) e o mundo (global). Ambos, sujeito e localização, influenciam, por mecanismos específicos, a estruturação dos territórios. A incorporação do ordinário, do banal, do dia a dia e do insignificante na reflexão e no fazer científico, efetuou uma transformação no conceito de cotidiano, tornando-o categoria de estudo capaz de contribuir para a elucidação de questões centrais da modernidade – a velocidade, a informação, a política, a comunicação, a presença, a ausência, o local, o global, o sujeito e sua subjetividade.

O cotidiano materializa as atividades desenvolvidas e vivenciadas pelo homem a partir de sua condição de ser individual e genérico. Na abordagem geográfica, o cotidiano se consubstancia no lugar como dimensão significativa do espaço banal. Na singularidade do lugar emergem as particularidades representativas da

esfera individual, na qual é viabilizada a construção de sua identidade e a afirmação de sua subjetividade.

Para Lefebvre é na cotidianidade que surgem os genuínos valores, ideias, criações, afetos e hábitos, por isso, ao tomá-la como elemento de análise e reflexão no campo da saúde mental, devem-se buscar mediações nas múltiplas dimensões do território (social, política, econômica e cultural), as quais concorrem para apreender os problemas relativos às pessoas e ao coletivo. Essa acepção contribui para compreender e interpretar o mundo e suas afetações em outra perspectiva, incorporando o "vivido" como possibilidade real para efetuar a transformação da realidade e do corpo social. Em última instância, somente "o estar e fazer da vida cotidiana" é capaz de julgar a sabedoria, o conhecimento e o poder que emanam e transcendem os âmbitos individual e coletivo (Lefebvre, 1981, 1991).

É no espaço banal que a vida acontece e se articula com um conjunto diversificado de ações e sujeitos voltados para o trabalho em saúde de base territorial. Na atenção em saúde mental, as práticas de cuidado emergem como dimensões da existência humana, incorporadas ao modelo da atenção básica/ESF, onde corporificam a transição sinérgica entre o particular (do sujeito) e o genérico (do coletivo), na perspectiva da produção social de saúde.

Por essa razão, o trabalho territorializado ou a territorialização em saúde é um processo de "habitar o território" (Kastrup, 2001: 25), de reconhecê-lo como seu. É uma metodologia que possibilita conhecer e corporificar saberes e ações do espaço banal para cuidar das pessoas e transformar as práticas cotidianas. Para tanto, é necessário reconhecer o território, se apropriar dele e ser sensível às suas demandas. Ter a capacidade de movimentar-se por ele com olhar atento e interessado, verificando as alterações da paisagem, e de relacionar os diferentes fluxos que o animam – os cognitivos, os técnicos, os políticos, os comunicativos e os afetivos – em suas expressões concretas e detectáveis na realidade (Ceccim, 2005).

O uso do território na saúde e na saúde mental não pode ser somente geográfico ou físico, mas deve envolver "inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho" (Ceccim, 2005: 983). Isso implica, cotidianamente, buscar meios e estratégias para confrontar a força de captura das racionalidades médica e gerencial hegemônicas, para propor a singularização da atenção e do cuidado, o que invoca, permanentemente, os limites dos territórios (Rovere, 1996).

Eis a razão do processo de territorialização se constituir em construção da integralidade, da humanização do cuidado, da qualidade da atenção e da gestão em saúde. Por isso, o sistema e os serviços de saúde de base territorial devem ser capazes de acolher as pessoas e suas queixas, com responsabilidade sobre os impactos das práticas adotadas. Devem ser efetivos, em seus projetos terapêuticos, e afirmativos da vida e do desenvolvimento da autodeterminação dos sujeitos, contribuindo para melhorar as condições de vida e saúde da população.

O cuidado territorializado em saúde mental não se limita à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica, mas se amplia pela reorientação de conhecimentos e ações que emanam das múltiplas falas do território, as quais envolvem desterritorializar os atuais saberes hegemônicos e práticas vigentes, reterritorializando-os com novos significados de modo a fazerem sentidos e significarem novos sujeitos, novas demandas e um novo modo de cuidar (Ceccim, 2005).

## ACOLHIMENTO E INTERSUBJETIVIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO

O trabalho em saúde é sempre permeado por encontros diversos e por uma multiplicidade de visões que se estabelecem na relação entre trabalhadores e usuários. Desse modo, a relação terapêutica como encontro de diferentes é também constituída por sofrimento, dor, vivências e percepções de mundo, em que um conjunto de saberes e práticas no campo da saúde mental precisa criar e recriar dispositivos de cuidar para tornar evidente os elementos assistenciais, subjetivos e sociais para produzir saúde (Bastistella, 2007).

O processo de trabalho em saúde configura-se através de uma complexa teia de relações e práticas inventadas para cuidar e buscar soluções para as dores de um sujeito que se apresenta a um profissional ou a uma equipe de saúde. Essa complexidade se singulariza na interação entre o profissional, sua técnica e conhecimentos; os protocolos e regulamentos padronizados; e o usuário com suas particularidades, valores e necessidades diversas. Daí surgem o acolhimento e o vínculo entre sujeitos como ação intersubjetiva por excelência na qual está incluído o trabalhador da saúde, em um processo contínuo de elaboração e reelaboração do seu fazer em ato.

Para Marcon (2007), relações intersubjetivas ocorrem entre sujeitos tomados como cidadãos e definidos pelo seu pensamento. Dessa forma, as relações intersubjetivas são relações entre os sujeitos de consciência reflexiva, sujeitos agentes centrados no *cogito*, na capacidade de pensar e de estabelecer relações sociais. Depreende-se daí o conceito de sujeito e, por conseguinte, o de subjetividade, que norteia as práticas de saúde mental e seu arcabouço explicativo que requer, respectivamente, a existência de um sujeito cartesiano (racional e reflexivo), a subjetividade – como sinônimo de individualidade – e a intersubjetividade – equivalendo a relações entre homens, indivíduos ou cidadãos.

O agir em saúde mental é atravessado por tensões, seja em sua produção, seja em sua operacionalização cotidiana. O primeiro momento de tensão relaciona-se ao próprio espaço das práticas – o território –, onde coexistem contradições e interesses em disputa, projetos políticos e hegemonias dos múltiplos sujeitos do processo. O segundo diz respeito às relações interpessoais, à micropolítica do trabalho em saúde, permeada por fragmentação, heterogeneidade, complexidade, hierarquia e subordinação, e materializada em trabalho vivo, o qual, a depender do modelo de atenção vigente,

pode estar aberto ou não a novos dispositivos de subjetivação. O último momento situa a tensão criada pelas instituições cuja governança, na maioria das vezes, está subordinada a interesses particulares e a modelos assistenciais nem sempre inclusivos e pautados nos preceitos doutrinários do sistema de saúde e, em particular, da saúde mental (Pinto, 2008).

A construção do modelo atual do cuidado em saúde mental sofreu inflexões ao longo do tempo decorrentes do processo histórico-social de transformações do próprio campo da saúde, o qual envolve práticas socialmente determinadas em cada cenário técnico-político e gerencial. Nesse percurso, o movimento da saúde mental se contrapôs ao modelo hegemônico manicomial e apresentou uma nova forma de pensar e de agir direcionada à desinstitucionalização da assistência.

O novo paradigma de atenção psicossocial busca estruturar outro espaço de fala (individual e coletiva) que tenha como pressupostos o acolhimento, a afirmação da cidadania e o atendimento das necessidades de saúde do sujeito em sofrimento psíquico. Desse modo, situar historicamente as práticas dos trabalhadores da saúde mental no processo de produção do cuidado no território deve trazer ao debate a análise crítica das formas de fazer desenvolvidas ao longo do tempo, de modo a compreendê-las e ressignificá-las neste novo cenário de práticas para reconstrução dos sentidos e significados do ato de cuidar.

Para Amarante (2000), o modelo assistencial proposto pela reforma antimanicomial pauta-se na inclusão do sujeito ao corpo social, em contraponto ao isolamento histórico a que foi imposto, como possibilidade de vida plena em sociedade. Do mesmo modo, revoluciona a concepção de transtorno, disfunção e/ou sofrimento mental advinda da clínica tradicional, situando-a como um período ou estado transitório em que sinais e sintomas específicos da mente são postos em evidência, e por isso mesmo passíveis de intervenção terapêutica e de cooperação mútua.

O cuidado com foco no sujeito exige uma conduta terapêutica voltada para a reinserção social do indivíduo, de modo que ele interaja com o seu entorno – o mundo que o circunda e o significa. Assim, no convívio cotidiano do território, os *habitus* – valores e princípios individuais incorporados na vivência social – podem dinamizar as formas de agir, delineando a percepção do sujeito sobre si mesmo e ampliando as possibilidades de interação sociofamiliar. A prática antimanicomial e a atenção psicossocial estendem o horizonte clínico até a dimensão subjetiva e contribuem para desenhar o percurso necessário à efetivação das abordagens em saúde mental (Pinto, 2008).

O modo de cuidar em saúde mental, pautado na clínica ampliada e no enfoque do sujeito-usuário, viabiliza o acolhimento no território e a estruturação do vínculo e da coresponsabilização na busca de respostas apropriadas às necessidades de saúde. A escuta qualificada do usuário portador de queixa psíquica evidencia situações reais e cria abertura para (con)vivência com o sofrimento mental e suas relações socioculturais na perspectiva de construção do cuidado integral (Amarante, 2007).

O cuidado integral contribui para uma gama multidirecional de abordagens cujas ações convergem para possibilitar ao indivíduo um amplo espectro de soluções que o motive a agir, tornando-o liberto e digno. O processo de trabalho em equipe multiprofissional propicia e fortalece a atenção psicossocial, na medida em que estimula a criação de espaços para agir inter e transdisciplinarmente (Mattos, 2004; Gomes & Pinheiro, 2005).

A organização dos serviços de saúde mental deve pressupor a horizontalidade e a coesão das relações no processo de produção do cuidado, pois não há possibilidade de autonomia do usuário sob a orientação de uma prática assistencial fragmentada, que não contribui, simultaneamente, para enfrentar os déficits do paciente, nem abre oportunidades terapêuticas no campo prático profissional. O cuidado fragmentado e a *desresponsabilização* do usuário não contribuem para o desenvolvimento de uma conduta autônoma do sujeito em sofrimento psíquico.

O processo de corresponsabilização do cuidado na atenção básica e o vínculo do trabalhador não se resumem apenas ao usuário dos serviços de saúde, materializam-se, necessariamente, na interação com outros profissionais da rede, outros serviços e a comunidade, no território. Nessa direção, "não há encaminhamento para outros serviços, mas construção de projetos terapêuticos que são executados por um vasto conjunto de trabalhadores" (Delfini *et al*., 2009: 1.488).

São as necessidades de saúde encontradas no território que vão possibilitar e condicionar novas atitudes e posturas frente ao modelo de gestão do cuidado, assim como uma abordagem clínica diferenciada com foco no sujeito para o acolhimento, o vínculo e a escuta qualificada. Esses dispositivos do território podem ser facilitadores do exercício da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, dando abertura para integração e interação entre os sujeitos das práticas, possibilitando a construção de intersubjetividade no trabalho em saúde mental. A clínica do sujeito seria um requisito para a prática em que o diálogo deve se dar na própria rede de cuidados de saúde mental, a fim de favorecer a autonomia do usuário (Campos & Amaral, 2007).

## TERRITORIALIZAÇÃO E DESISTITUCIONALIZAÇÃO: RECONHECIMENTO E IDENTIDADE

Para Haesbaert (2008), o território adquire muitas vezes tamanha força que combina, com intensidades iguais, funcionalidade (recurso) e identidade (símbolo). Desse modo pode-se falar em dois tipos ideais ou referências extremas. No entanto, nunca se manifestam em estado puro, ou melhor, todo território funcional tem sempre alguma carga simbólica, por menos expressiva que seja, e todo território simbólico tem sempre algum caráter funcional, por mais reduzido que seja. Esse *continuum* pode ser caracterizado por diferentes processos e signos que definem funcionalidade e simbolismo, como se pode constatar no quadro a seguir (Lefebvre, 1991).

| TERRITÓRIO FUNCIONAL | TERRITÓRIO SIMBÓLICO |
|---|---|
| Processos de dominação<br>Territórios da desigualdade | Processos de apropriação<br>Territórios da diferença |
| Território sem territorialidade<br>(empiricamente impossível) | Territorialidade sem território<br>(ex.: "terra prometida" dos judeus) |
| Princípio da exclusividade<br>(no seu extremo: unifuncionalidade) | Princípio da multiplicidade<br>(no seu extremo: múltiplas identidades) |
| Território como recurso – valor de troca<br>(controle físico, produção, lucro) | Território como símbolo – valor simbólico<br>(abrigo, lar, segurança afetiva) |

O quadro elucida algumas questões fundamentais para uso do território no campo da saúde e da saúde mental. A funcionalidade, ou o território funcional, refere-se a recortes espaciais pragmaticamente objetivados por interesses particulares, sem levar em conta os outros usos feitos pelos demais atores sociais. São territórios exclusivos e enclausurados como, por exemplo, os condomínios fechados, os *shopping centers*, os grandes empreendimentos imobiliários ou as grandes obras de interesse estatal. Esses usos são impostos por um ator social que se apropria do território e busca *hegemonizar* suas intenções e alcançar seus objetivos por meio de estratégias privadas. O sistema de saúde, quando realiza seus recortes territoriais, de certa maneira, impõe objetivamente sua intencionalidade aos demais atores do território que devem buscar compreender e se integrar à sua lógica para não serem excluídos.

No território simbólico, ao contrário, os limites são difusos e circunscrevem vários desenhos espaciais atendendo a mudanças de contexto, de acordo com os diferentes usos por todos os atores nele incluídos. Esse tipo de território tem como resultado uma polifonia de intenções e de projetos, por isso permeado por tensões e disputas, mais ou menos acirradas que buscam construir um entendimento comum, que acolha a diversidade e a diferença para materializar equidade e bem-estar coletivo. É o espaço da multiplicidade, da apropriação, da identidade, do desejo, da projeção de futuro, da segurança da afetividade e da mudança.

Ambas as caracterizações de território não existem isoladamente, dado que a vida é, em essência, *o lócus da contaminação*, do um e do outro, do encontro, da não exclusividade, da mistura, da simbiose, da empatia. Circunscrevem a possibilidade real de entropia no caos cotidiano, cujo equilíbrio é projetado como imagem-horizonte do existir, da saúde, da alegria, do prazer, da felicidade – intocados desejos que se renovam dia e noite na imagem onírica da imortalidade da espécie e do planeta.

Vivemos oscilantes entre o território funcional e o simbólico, entre o instituído e sua ruptura, o imposto e o inusitado, a subordinação e a libertação. Essa aparente dicotomia esclarece algumas indagações atuais sobre os recortes territoriais do SUS e as dificuldades que se delineiam na organização da atenção básica e na definição

dos territórios da ESF. No entanto, mesmo nesse cenário dual o mais importante é compreender a historicidade do território, suas variações contextuais e conformações geográficas para poder transitar em seu interior e fazer escolhas. É também essencial perceber que os objetivos dos processos de territorialização, seja de dominação, seja de apropriação, variam e mudam sistematicamente ao longo do tempo e na conformação dos espaços.

No âmbito da saúde mental, o território simbólico possibilitaria a (re)inserção do sujeito com sofrimento psíquico no território funcional, onde os referentes espaciais individuais e coletivos se aproximam e formam um mosaico lógico/ilógico capaz de significar e dar sentido à sua vida e torná-lo pró-ativo, participante, incluído e sobretudo liberto do selo de louco.

No entanto, na sociedade atual vive-se um processo de individualização da vida e do território, que privilegia espaços menores. O poder disciplinar é responsável pela própria construção do indivíduo moderno, em que o ideal é criar espaço para cada pessoa, como se cada uma tivesse uma espacialidade própria, ou seja, pequenos *territórios-zona* como o quarto individual na casa-família, a carteira na sala-escola, a mesa no escritório-fábrica (Haesbaert, 2012).

Nesse cenário, as conexões são controladas e o território transita de uma concepção *território-zona*, ou controle de áreas, para outra, *território-rede*, ou controle de redes. Desse modo, o movimento ou a mobilidade passa a ser um elemento fundamental na construção do território, pois expressa liberdade, autogestão, possibilidade de mudança, reconfiguração. Essas acepções não podem ser incorporadas ao campo da saúde sem reflexão e crítica, e sem que se faça um esforço de contextualização e apropriação aos cenários de uso, pelo risco de incompreensão da dinamicidade dos lugares, fluxos e trajetos que permitem excluir populações (Haesbaert, 2004).

Para sistematizar o processo de territorialização, Haesbaert define alguns de seus significados objetivados e distintamente valorizados ao longo do tempo: 1) como abrigo físico – fonte de recursos materiais ou meio de produção; 2) como identificação ou simbolização de grupos – referentes espaciais iniciados na definição de limites de fronteiras; 3) como controle do espaço ou disciplinarização – indica a ideia de individualidade por meio de recortes espaciais individualizados; 4) como construção e controle de conexões e redes, principalmente de fluxos de pessoas, mercadorias e informações.

Há múltiplas formas de territorialização: 1) as mais fechadas ou quase uniterritoriais, que associam poder político e identidade cultural, traduzindo o fenômeno do territorialismo – como no caso de grupos étnicos culturalmente homogêneos que não permitem a pluralidade de poderes e identidades; 2) as políticas-funcionais mais tradicionais – como o Estado-nação em que se admite certa pluralidade cultural sob a insígnia da *nação* como comunidade imaginada, mas que não permite a pluralidade de poderes (Anderson, 1989); 3) as mais flexíveis – que permitem a sobreposição territorial, seja sucessiva como nos territórios periódicos ou espaços

multifuncionais na área central de grandes cidades, seja simultânea como no encaixe de territorialidades político-administrativas que reúnem, em um mesmo recorte territorial, funções e hierarquias muito díspares; 4) as múltiplas – multiterritorialidade em sentido estrito – engendradas por grupos ou indivíduos que produzem seus territórios na conexão flexível das multifuncionalidades e da multi-identidade espacial (Haesbaert, 2004).

As diferentes formas de territorialização afirmariam a multiterritorialidade como uma mudança não apenas quantitativa, em decorrência do maior número e variedade de territórios disponíveis que podem ser apropriados pelo menos para alguns, mas também qualitativa, em que se tem a possibilidade de combinar, de forma inédita, a intervenção e também a vivência concomitante de uma enorme gama de diferentes territórios. Essa possibilidade multiterritorial pode ser, para o sujeito em sua complexidade, o dispositivo para a construção plural de sua identidade territorial.

O conceito de território e suas adjetivações estariam, portanto, relacionados, sistematicamente, de um lado, à dialética da dominação-resistência em que o território é visto como espaço para o exercício da dominação por parte daqueles que detêm o poder instituído; de outro, a espaço de resistência-apropriação dos dominados e de sua luta pela autonomia e emancipação. Território, portanto, deve ser entendido como um determinado domínio espacial em que diferentes atores sociais disputam o controle político, isto é, propõem diferentes projetos e formas de ordenamento territorial – diferentes modos de organizar as relações sociais e de apropriação da natureza (Alentejano & Gondim, 2009).

Na sociedade capitalista atual, um embate central é a disputa que os movimentos sociais travam com o capital pelo controle do território. De um lado, os movimentos sociais reivindicam o fortalecimento do controle social e a democratização dos processos decisórios no que diz respeito à elaboração e condução das políticas públicas; de outro, o capital busca aprofundar os processos de mercantilização das relações sociais e da natureza e diminuir a regulação pública e democrática (Alentejano & Gondim, 2009).

No discurso da territorialização no campo da saúde, pode estar implícito o desenvolvimento de novos mecanismos de controle social tendo por base o território. Por exemplo, quando se institucionalizam os conselhos comunitários como estruturas formais de aproximação entre o sistema de saúde e a população, cria-se maior controle sobre seus mecanismos de ação. No entanto, pode-se também encobrir ou diminuir a potência dos movimentos sociais para enfrentar conflitos localizados, tornando-os incapazes de influir nos debates, em escala nacional, em que processos de acentuada mercantilização da saúde podem estar ocorrendo. O que importa nessas formas de territorialização é potencializar a percepção da população que usa o território acerca das dificuldades do sistema de saúde e despertar a consciência cidadã e sanitária para a importância de lutas mais abrangentes que assegurem o direito à saúde e à cidade (Alentejano & Gondim, 2009).

Em uma perspectiva emancipatória, lutas ancoradas no território são possíveis e necessárias, porém não podem ser confundidas com o discurso territorial banalizado, sobretudo no caso da territorialização, quando alguns buscam descaracterizar e ocultar os conflitos em torno da regulação do território, transformando-a em um mero recurso instrumental. O dinamismo desse processo e sua relação conflituosa fazem com que os territórios se constituam e se desconstituam a todo o momento, na complexa relação territorialização-desterritorialização-reterritorialização como marca dos processos espaciais na modernidade (Haesbaert, 2009).

A proposta de uma prática em saúde mental territorializada apoia-se em concepções teóricas que têm por base de sustentação a autonomia, o compartilhamento e a parceria entre Estado e sociedade, permitindo o deslocamento/distribuição de poder pela inclusão de novos atores sociais na formulação de políticas públicas voltadas para a construção de cidadania, sobretudo para a superação da exclusão e das desigualdades sociais forjadas pelo capitalismo e por outros modos de produção excludentes.

O processo de territorialização das políticas e do cuidado em saúde mental não pode ser reduzido à dimensão jurídico-política compatível ou à transferência de poderes entre o central e o local. Tampouco pode ser identificado com simples modernização da gestão pública por meio da organização de espaços exclusivos aos sujeitos com sofrimento psíquico. Por serem processos essencialmente políticos, envolvem um conjunto de opções que têm como pano de fundo um conflito de legitimidade entre o Estado e a sociedade, o público e o privado, os interesses comuns e os individuais, o sistema e os sujeitos – atores centrais do ato de cuidar.

O encontro entre as propostas da territorialização em saúde e da desinstitucionalização das pessoas no âmbito da saúde mental traz para as práticas de cuidado uma nova pauta discursiva e operacional, que parte do reconhecimento do lugar para identificar recursos e dispositivos para a inclusão do sujeito como cidadão autônomo capaz de incidir em seu próprio processo terapêutico e na estruturação de sua identidade. O que importa nesse processo é o encontro do sujeito com ele mesmo, tanto na dimensão singular quanto na coletiva, e a construção de uma vida com pertencimento a territórios, lugares e histórias.

## SUGESTÕES DE LEITURA

GONDIM, G. M. M. *et al*. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In*: MIRANDA, A. C. *et al*. (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MONKEN, M. & GONDIM, M. M. Território: lugar onde a vida acontece. *In*: BORNSTEIN, V. J. *et al*. (Orgs.). *Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

SANTOS, M. *O País Distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha, 2002.

## REFERÊNCIAS


ALENTEJANO, P. & GONDIM, G. M. M. *Termo de Referência para Institucionalização dos Polos de Educação Profissional Territorializada nos Territórios de Manguinhos e Mata Atlântica: PEP-Terrammata. Rio* de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. (Mimeo.)

AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDERSON, B. *Nação e Consciência Nacional*. São Paulo: Ática, 1989.

BARCELLOS, C. Elos entre geografia e epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3): 607-609, 2000.

BARCELLOS *et al*. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: a análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11(3): 129-138, 2002.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, A. F. & CORBO, A. M. A. (Orgs.). *O Território e o Processo Saúde-Doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Lisboa, Rio de Janeiro: Difel, Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Decreto-lei 7.508, 28 jun. 2011. Regulamenta a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Seção 1.

CAMPOS, G. W. S. & AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 849-859, 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 975-986, 2005.

CORRÊA, R. L. *Região e Organização Espacial*. São Paulo: Ática, 1986.

CZERESNIA, D. & RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3): 595-617, 2000.

DELFINI, P. S. S. *et al*. Parceria entre Caps e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(supl.1): 1.483-1.492, 2009.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOMES, M. C. P. A. & PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*, 9(17): 287-301, 2005.

GONDIM, G. M. M. *Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?* Rio de Janeiro: s.n., 2011.

GONDIM, G. M. M. *et al*. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In*: MIRANDA, A. C. *et al*. (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1.017-1.025, 2005.

HAESBAERT, R. *O Mito da Desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. *In*: HEIDRICH, A. L. *et al*. (Orgs.). *A Emergência da Multiterritorialidade: a ressignificação da relação do humano com o espaço*. Porto Alegre, Canoas: Editora UFRGS, Editora Ulbra, 2008.

HAESBAERT, R. Território e região numa "constelação" de conceitos. *In*: MENDONÇA, F. A.; LOWEN-SAHR, C. L. & SILVA, M. (Orgs.). *Espaço e Tempo: complexidade e desafios do pensar e do fazer geográfico*. Curitiba: Ademadam, 2009.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. *In*: VASCONCELOS JR., R. E. P. *et al*. (Orgs.). *Multiterritorialidades e Novas Práticas Culturais*. Fortaleza: RDS, 2012.

HELLER, A. *O Cotidiano e a História*. São Paulo: Ática, 1991.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicologia em Estudo*, 6(1): 17-25, 2001.

LEÃO, A. & BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde & Sociedade*, 21(3): 572-586, 2012.

LEFEBVRE, H. *Critique de la Vie Quotidienne*. v. III. Paris: L'Arche Editeur, 1981.

LEFEBVRE, H. *O Direito à Cidade*. Trad. Rubens Eduardo Frias. São Paulo: Moraes. 1991.

MARCON, H. H. A subjetividade no trabalho com saúde mental. *Psychê*, 20: 151-164, 2007.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5): 1.114-1.416, 2004.

MENDES, E. V. *A Construção Social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário*. Brasília: Opas, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10).

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1999.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. *In*: FONSECA, A. F. & CORBO, A. M. A. (Orgs.). *O Território e o Processo Saúde-Doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. & PORTO, M. F. S. Saúde, trabalho, ambiente e território: contribuições teóricas e propostas de operacionalização. *In*: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. & PENA, P. G. L. (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PINTO, A. G. A. *Produção do Cuidado em Saúde Mental: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial*, 2008. Dissertação de Mestrado, Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará.

QUINTAS, R. M. & AMARANTE, P. A ação territorial do centro de atenção psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde em Debate*, 32(78-80): 99-107, 2008.

RAFFESTIN, C. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, 1993.

RATZEL, F. El territorio, la sociedad y el Estado. *In*: MENDOZA, J. G.; JIMENEZ, J. M. & CANTERO, N. O. (Orgs.). *El Piensamento Geográfico: estudio interpretativo y antología de textos – de Humboldt a las tendencias radicales*. Madrid: Alianza Editorial, 1982.

ROVERE, M. *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Washington: OPS, 1996. (Série Desarollo de Recursos Humanos, 96)

SABROZA, P. C. & LEAL, M. C. Saúde, ambiente e desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. *In*: LEAL, M. C. *et al*. (Orgs.). *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. v. 1. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1992.

SANTOS, M. *Espaço e Método.* São Paulo: Nobel, 1985.

SANTOS, M. *Metamorfoses do Espaço Habitado*. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. O retorno do território. *In*: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A. & SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território, Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M. *A Natureza do Espaço: técnica e tempo. razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. *Espaço e Método*. São Paulo: Nobel, 1997.

SANTOS, M. *Da Totalidade ao Lugar.* São Paulo: Edusp, 2005.

SANTOS, M. & SOUZA, M. A. A. *A Construção do Espaço.* São Paulo: Nobel, 1986.

SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cadernos de Saúde Pública,* 13(4): 585-593, 1997.

SILVEIRA, L. M. O espaço geográfico: da perspectiva geométrica à perspectiva existencial. *GEOUSP – Espaço e Tempo*, 19: 81-91, 2006.

SOUZA, E. A. & PEDON, N. R. Território e identidade. *Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros – Seção Três Lagoas*, 6: 126-148, 2007.

TAKAHASHI, L. M. Concepts of difference in community health. *In*: KEARNS, R. A. & GESLER, W. M. (Eds.). *Putting Health into Place: landscape, identity and wellbeing*. New York: Syracuse University Press, 1998.

# 4

# Trabalho, Saúde e o Processo de Trabalho em Saúde:
## considerações sobre o agente comunitário de saúde

*Mariana Nogueira e Ana Lúcia Pontes*

## DE ONDE PARTIMOS

Neste capítulo apresentaremos reflexões sobre algumas questões que consideramos fundamentais para a(s) prática(s) na área da saúde, seja na assistência, na docência ou na pesquisa. O que é trabalho? O que é saúde? O que é processo de trabalho em saúde? Como se relacionam com saúde mental e atenção básica? Nosso objetivo é apresentar um panorama histórico e teórico sobre esses temas, a fim de estimular a reflexão e a análise da relação entre trabalho e saúde.

Todo saber científico é construído com base em ideias e perspectivas inerentes ao pesquisador, ao autor e à sua visão de mundo. Tais concepções se constituem por suas experiências e determinações econômicas e sociais pelas quais é afetado. Desse modo, já nos colocamos como atores impregnados por uma teoria que nos respalda a dizer que as verdades são construídas cultural e socialmente ao longo da história. E há relação entre esta afirmativa e as perguntas que nos fizemos no início do texto? Sim, pois nossas considerações sobre os conceitos de saúde, trabalho e processo de trabalho em saúde não devem ser lidas como regras, mas como perspectivas que estão inseridas em um contexto de disputas de sentidos e interesses.

Tanto trabalho, quanto saúde e processo de trabalho em saúde, ou melhor, tudo o que é elaborado e reproduzido pelo humano enquanto ser social é constituído por determinações e condicionantes impostos pelo modo de produção associado a uma sociedade em determinado período histórico. Ou seja, estamos afirmando que os conceitos que abordaremos aqui são atravessados por questões e contradições que se colocam no modo de produção capitalista.

De acordo com Netto (2012), modo de produção é a maneira como a sociedade se organiza para a sua reprodução, para a sua vida, e para produção das condições

materiais que atendam as necessidades individuais e coletivas dos seus membros. Em síntese, é a articulação entre as forças produtivas (meios, objeto e força de trabalho) e as relações de produção (processo social, relação entre os homens por onde operam as forças produtivas). O modo de produção capitalista, progressivamente criado no Ocidente após o modo de produção feudal, nos últimos trezentos anos passou por complexas alterações desde a sua consolidação em escala mundial. Uma característica fundamental desse modo de produção é fundar-se na "exploração do trabalho" (Netto, 2012: 109).

Para seguirmos adiante com as reflexões sobre trabalho e saúde, consideramos importante mencionar que o contexto brasileiro em que se dão as práticas sociais, saúde e educação, é marcado por particularidades produzidas pelos trabalhadores, pelos movimentos sociais, pelas instituições, pela formação econômico-social do país. Isto está diretamente articulado à forma como o Estado se organiza em relação às políticas públicas, às políticas sociais e à saúde.

## TRABALHO E SAÚDE: PRÁTICAS SOCIAIS DA EXISTÊNCIA HUMANA

Trabalho e saúde são práticas sociais da existência humana produzidas historicamente. Abordaremos estas categorias salientando que, no modo de produção capitalista, tais práticas são afetadas e afetam o modo como se dão as relações sociais de produção (Morosini, Fonseca & Pereira, 2009).

Retomemos a primeira pergunta que nos fizemos no início do capítulo: o que é trabalho? De acordo com Marx (2012: 145),

> o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural com uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.

Trabalho, portanto, não se reduz à atividade laboral ou emprego, mas refere-se a "todas as dimensões da vida humana" (Frigotto, 2009: 400). Entende-se, a partir dessa referência, que trabalho é a atividade humana pela qual o homem se diferencia dos outros animais, se faz homem, se transforma e transforma a natureza para satisfzer suas necessidades intelectuais, culturais, sociais, estéticas, entre outras.

Mas o que chamamos de trabalho assalariado, de emprego, esteve sempre presente na história da humanidade? Não, o trabalho assume formas e sentidos determinados historicamente pelos modos de produção em que se organiza a sociedade. No capitalismo, o trabalho assume a forma de emprego e de trabalho assalariado, mas não podemos perder de vista que o homem se faz no trabalho, e que este processo está relacionado às suas necessidades e à liberdade.

Ramos (2007: 33), ao discutir a concepção de trabalho, com base na teoria marxista, nos ensina que o trabalho assume um duplo caráter no modo de produção capitalista – abstrato e concreto:

> o trabalho concreto corresponde à utilidade do produto (valor de uso), à dimensão qualitativa dos diversos trabalhos úteis. Porém, esse produto não se destina apenas à satisfação de necessidades de quem o usará. Ele tem outro valor, a saber: o valor de troca. E quando assim se constitui deixa de ser exclusivamente produto do trabalho humano para ser mercadoria. (...) Para tornar-se mercadoria, é preciso que o produto seja transferido a quem vai servir como valor de uso por meio da troca.

Uma importante particularidade no capitalismo é que a "força de trabalho assume, para o próprio trabalhador, a forma de uma mercadoria que pertence a ele, e que, por conseguinte, seu trabalho assume a forma de trabalho assalariado" (Ramos, 2007: 35). É nesse processo, de transformação do trabalho em mercadoria por meio do trabalho assalariado, que se universalizam os produtos do trabalho na forma de mercadoria.

Segundo Frigotto (2009), no capitalismo a propriedade privada pode ser definida como um capital utilizado para comprar a força de trabalho dos trabalhadores. A compra da força de trabalho pelos capitalistas ocorre para que os trabalhadores produzam para quem tem o capital e com isso, a partir da exploração de quem vende a força de trabalho, ocorrem a acumulação e o lucro para os donos dos meios de produção.

O trabalhador que vende a sua força de trabalho como mercadoria aos proprietários dos meios e instrumentos de produção atua mais tempo que o necessário para a produção de mercadorias e recebe um valor menor do que o tempo de trabalho que ele dispendeu. Netto (2012: 114) explica essa relação de exploração e expropriação do excedente produzido pelo trabalhador:

> A força de trabalho durante a jornada de trabalho produz mais valor que aquele necessário à sua produção/reprodução, valor esse expresso no salário; assim, mesmo pagando o valor da força de trabalho, o capitalista extrai da jornada de trabalho do trabalhador um excedente (a mais-valia, fonte do seu lucro).

Os conceitos fundantes para a compreensão da totalidade do modo de produção capitalista abordados até aqui são cruciais para refletirmos sobre as disputas que constituem o trabalho e a saúde.

Assim como o trabalho, a saúde é uma prática social constituída por influências culturais, políticas e econômicas, e pela forma como se organiza o modo de produção da existência. Quando pensamos sobre a saúde como política pública ou sobre os serviços de saúde, nos debruçamos sobre uma particularidade que compõe a totalidade desse fenômeno social. Neste caso, estamos falando da institucionalização da saúde.

Os serviços de saúde se organizam com base em escolhas sobre as

> formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais historicamente definidas. (Teixeira, 2000: 261-262)

Assim, entendemos que o processo saúde-doença, objeto do processo de trabalho em saúde, é construído histórica e socialmente. Na década de 1970, os antropólogos foram os principais responsáveis por evidenciar que os sintomas das enfermidades são percebidos e avaliados de formas distintas por diferentes grupos sociais ou indivíduos. Começava-se a demonstrar que existem diferentes definições de doença, e que o modelo biomédico pode ser dominante, mas não é o único procurado pelos grupos e indivíduos quando necessitam de tratamento.

Ao se perguntar sobre o significado de saúde, Luz (2009) afirma que há diversas respostas que variam ao longo da história e dos contextos. Saúde pode ter vários sentidos: salvação, bem-estar, cura, conservação da vida, higiene, entre outros. O termo saúde, segundo autora, designa:

> uma afirmação positiva da vida e de um modo de existir harmônico, não incluindo em seu horizonte o universo da doença. (...) Em sua origem etimológica, [é] um estado positivo de viver, aplicável a todos os seres vivos e com mais especificidade à espécie humana. (Luz, 2009: 353)

Em relação ao conceito de saúde, podemos entendê-lo como produto da reflexão sobre as práticas da existência, incluindo os hábitos, as condições, as determinações e o atendimento das necessidades fisiológicas, psíquicas, culturais e sociais.

Diferentes abordagens e visões desse objeto mudam as formas de organização dos serviços e da formação dos profissionais da saúde. Em cada sociedade ou grupo social, ao longo da história, se construíram e se constroem diferentes modelos explicativos de saúde e de doença. Entretanto, pode-se identificar uma concepção hegemônica, ainda atual, que influi diretamente na organização dos processos de trabalho em saúde, que é o conhecimento em saúde da medicina moderna. Esse modelo se constituiu durante o período da crescente industrialização e urbanização da Europa, em que ocorreu a emergência de várias epidemias que afetavam principalmente as massas operárias urbanas (Silva Júnior, 1998). Nessa época, entre os séculos XVIII e XIX, a vigente teoria miasmática passa a ser confrontada com descobertas sobre a identificação de microorganismos na etiologia das doenças. Assim, crescem de importância os campos da biologia, da microbiologia e da fisiopatologia no estudo do processo saúde-doença.

No início do século XX, num processo de reorganização do ensino médico nos Estados Unidos, por meio do *Relatório Flexner*, consolidam-se as bases do pensamento moderno em saúde. O documento está centrado na biologia, no indivíduo, e não no

coletivo, na especialização e fragmentação dos saberes, nas técnicas médicas, na ênfase na medicina curativa e não preventiva, e na concentração de recursos em hospitais, clínicas e centros de diagnóstico (Corbo, Morosini & Pontes, 2007). É a partir daí que a "visão da saúde entendida como ausência de doença é largamente difundida" (Batistella, 2007: 51).

Essa conformação do campo da saúde moderno é ainda hoje predominante e resulta de uma estreita articulação com o desenvolvimento do capitalismo e de uma noção de Estado. A medicina científica, que é tida como normatizadora, ou seja, como instituição que orienta e valida saberes e práticas da saúde na sociedade, passou a medicalizar os problemas sociais e políticos e se constituiu em um novo mercado de venda e consumo de práticas e produtos de saúde.

Depois da Segunda Guerra Mundial, com a criação de organizações internacionais de saúde pública – Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), sobretudo a OMS, de caráter internacional –, propõem-se novas definições, de caráter mais positivo e abrangente (Luz, 2009). É no documento de constituição da OMS, em 1946, que se formula o conceito de saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social". Essa visão foi criticada por seu utopismo e subjetivismo, mas, de alguma forma, estimulou formulações alternativas e abrangentes que buscavam dar conta da complexidade do processo saúde-doença, sem restringi-lo à ausência de doença ou a uma normatividade do funcionamento dos órgãos humanos.

No Brasil, durante o final da década de 1970 e os anos 1980, houve uma intensa mobilização e debate no processo de redemocratização em que atuaram diversos movimentos sociais e se destacou a Reforma Sanitária. Esse movimento, advindo de um período de privatização da saúde e restrição de liberdade, incluía grupos da sociedade civil que defendiam a universalização da saúde e outras reivindicações populares que pretendiam a democratização dos direitos sociais. A Reforma Sanitária contribuiu para a construção no Brasil de um conceito ampliado de saúde que buscou articular dimensões econômicas, sociais e políticas, assim formulado:

> a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)

Na primeira parte dessa concepção, explicitam-se e enfatizam-se os determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciados na medicina científica (Batistela, 2007). Na segunda, percebe-se a influência do debate político acerca da construção de uma sociedade democrática e mais igualitária e, portanto, a saúde também é entendida como direito de todos e dever do Estado.

Essa construção sobre o conceito de saúde presente na Constituição é base da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e gera diretrizes para a organização

do modelo de atenção do sistema público, ou seja, sobre as formas de organizar as relações entre usuários e trabalhadores de saúde e os processos de trabalho em saúde. Esses processos, práticas e sistema de saúde passam a ser direcionados com base nas seguintes diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social.

Parte de um processo dinâmico e tensionado por relações de poder e de interesses, essa concepção de saúde encontra diversas dificuldades para sua plena implementação, tanto pela predominância das características da medicina científica na forma de organizar os serviços, quanto pela força dos setores privados – farmacêutico, de diagnósticos e tratamento – interessados pela manutenção de uma lógica de mercado na saúde brasileira – a saúde como um bem de consumo, como qualquer outro no capitalismo.

## SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O processo de trabalho em saúde é entendido como o conjunto de atividades envolvidas com a produção de serviços de saúde (Ribeiro, Pires & Blank, 2004). Este tema é tratado por diferentes autores e é elaborado a partir de influências históricas e culturais que atravessam a construção social da saúde e do trabalho. Peduzzi e Schraiber (2009) traçam o histórico da formulação do conceito de processo de trabalho em saúde, que inclui não só a análise da prática de diferentes categorias profissionais da área, mas também as mudanças no mundo do trabalho, como o desemprego e a incorporação da tecnologia e suas repercussões para a saúde.

A palavra processo remete à ideia de desenvolvimento ao longo do tempo e, nesse sentido, processo de trabalho em saúde é um tema composto por questões que compõem saúde enquanto prática social. Assim, podemos pensar sobre ele com base nas ações produzidas durante o cuidado na saúde, nas maneiras e instrumentos utilizados para a organização do trabalho na saúde, assim como nas referências que atravessam as políticas e os saberes neste campo.

Na saúde também podemos observar as influências do modo capitalista de produção. Atualmente, o trabalho em saúde é realizado de forma coletiva por vários profissionais, com uma crescente incorporação tecnológica e de procedimentos, de modo que a atenção à saúde é resultante de um processo parcelado e compartimentalizado de saberes e práticas (Merhy, 2002; Ribeiro, Pires & Blank, 2004).

Essas características têm influências do fordismo e do taylorismo, que impactaram não só o trabalho industrial, mas também o setor de serviços. Com a finalidade de aumentar a produtividade, mecanizou-se a produção, separou-se a concepção da execução da tarefa e, como consequência, o trabalhador passa a correr o risco de perder a compreensão da totalidade do seu processo de trabalho.

Ademais, "os trabalhadores deste estrato estão submetidos a variadas condições de trabalho e o excedente de mão de obra permite não só a diminuição dos salários, como

também a piora das condições de trabalho" (Ribeiro, Pires & Blank, 2004: 439). E, uma das consequências desse processo é que o trabalhador pode passar a ser entendido como mais um dos componentes, peças, da linha de produção.

O trabalho em saúde é, em grande parte, coletivo, compartimentalizado, realizado por diversos profissionais assalariados e depende de uma estrutura institucional. O modelo assistencial, na maioria dos serviços de saúde, regula os processos de cuidado em decorrência da lógica capitalista de acumulação, o que tem gerado impasses em relação ao compromisso com a saúde da população e um certo distanciamento do usuário. Na contramão desse processo, alguns trabalhadores do setor e usuários resistem, no cotidiano de suas práticas, à perda da sua dimensão ativa de sujeitos no processo de produção da saúde.

A nossa discussão sobre o processo de trabalho terá como referência um fenômeno chamado de reestruturação produtiva em saúde. Segundo Merhy, a reestruturação produtiva na saúde atualmente:

> pode não estar sendo marcada pela entrada de equipamentos, mas pela "modelagem" da gestão do cuidado em saúde e pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes de equipamentos (...) – o território das tecnologias leves e leve-duras, que se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las. (Merhy, 2002: 27, 30)

Esta análise é pertinente por entendermos que o trabalho em saúde é essencialmente relacional e que a saúde é um direito e um processo de afirmação da vida. Portanto, demanda profissionais com um compromisso ético efetivo com os usuários e um modelo de atenção centrado no usuário e nas suas necessidades. Valorizamos nesse processo a dimensão do trabalho vivo em ato, nos momentos em que o trabalhador age de acordo com o grau de sua governabilidade.

Entretanto, atualmente se observa que o trabalhador é capturado pela lógica do trabalho morto, ou seja, na centralidade dos usos dos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados (Merhy, 2002). O cuidado frequentemente está limitado à realização de procedimentos e centrado no trabalho médico, o que gera uma hierarquia e dependência no trabalho dos demais profissionais. O usuário, por sua vez, é percebido como um objeto, substrato, no qual são realizados esses procedimentos. Assim, o projeto terapêutico produzido por essa medicina tecnológica é "um somatório de atos fragmentados sobre um usuário insumo" (Merhy, 2002: 103).

Porém, ressaltamos que, no campo da saúde, o que ocorre é o encontro entre um profissional da saúde e um usuário. O processo de trabalho em saúde se desenvolve a partir (e centralmente) desse encontro, de dois sujeitos portadores de necessidades, desejos, conhecimentos, imaginários. Um momento singular no qual o usuário traz suas necessidades de saúde, e o profissional tentará responder às mesmas com as fer-

ramentas e tecnologias disponíveis. Mas para que se possa expressar a potência criativa do trabalhador, a lógica estruturada de produção deve permiti-la e estimulá-la. Merhy (2002) nos mostra que os trabalhadores da saúde atuam na produção do cuidado com base em seus núcleos de saberes e atribuições específicos associados a uma dimensão cuidadora. Diante de um determinado problema de saúde, na produção de um ato de saúde, o trabalhador mobiliza seus saberes e modos de agir a partir de diversos núcleos.

Primeiramente, aciona o núcleo de saberes sobre o problema específico que vai enfrentar, sobre o qual irá utilizar os recursos do núcleo de práticas e saberes específicos de seu campo profissional, e ambos cobertos pelo território da dimensão cuidadora que qualquer profissional pode exercer. Esse núcleo das atividades cuidadoras de saúde é o território dos processos relacionais.

Atualmente encontramos essa dimensão cuidadora muito reduzida, tensionada, ou seja, o modelo assistencial que se evidencia nos dias de hoje é organizado pelo núcleo específico do profissional médico.

No modo de produção capitalista, predomina na área da saúde uma separação entre a concepção e a execução; o controle e a organização da força de trabalho e da produção. Há uma sobrevalorização da racionalidade técnico-burocrática em detrimento da dimensão relacional e humanizadora do trabalho (Faria & Araújo, 2010; Ribeiro, Pires & Blank, 2004).

Entretanto, no caso do trabalho predomina o aspecto relacional que se concretiza na intervenção em ato do encontro entre usuário e profissional da saúde, caracterizando-o com alto grau de subjetividade, liberdade e imprevisibilidade. Cada um dos envolvidos apresenta suas próprias intencionalidades, conhecimentos e representações sobre as necessidades de saúde, que podem entrar em conflito ou serem negociadas.

Apesar disso, Ayres (2009) observa que a noção predominante de modelos de atenção à saúde prioriza a implementação de práticas sanitárias uniformes e padronizadas. Segundo Faria e Araújo (2010), há uma tendência na área de fortalecimento dos indicadores quantitativos de avaliação e normatização por meio de protocolos e procedimentos. Na gerência dos serviços de saúde, também prevalece uma visão que nega as diferenças e os conflitos, e que atua por via da disciplina e do controle (Cecílio & Mendes, 2004).

Porém, no cotidiano dos serviços, os trabalhadores buscam atuar no limite de sua autonomia, reinterpretam e recriam as diretrizes, as dinâmicas e práticas na busca da defesa de seus interesses, de sua identidade, de valores pessoais e de sua visão de mundo (Faria & Araújo, 2010; Cecílio & Mendes, 2004). Esses processos mostram as dinâmicas o tensionamento entre reprodução e liberdade nos atos produtivos em saúde.

Ao analisar o processo de trabalho em saúde, devemos considerar os diferentes modos de ação humana que são influenciados tanto pelas características individuais

do trabalhador, quanto pelas características socioculturais do contexto onde ocorre (Merhy, 2002). Também influenciam nessa atuação relações de poder e hierarquia entre as profissões.

É nessa perspectiva de entendimento do processo de trabalho em saúde como um ato que se dá no encontro entre pessoas, influenciado pelo modo de produção, pelos saberes e tecnologias, assim como a partir de núcleos de atribuições específicos por profissional associado à dimensão cuidadora de todo trabalhador de saúde, que estruturamos nossa análise do processo de trabalho do agente comunitário em saúde (ACS).

## O AGENTE COMUNITÁRIO: PANORAMA DAS DISPUTAS E DILEMAS DE UM TRABALHADOR EM DESTAQUE NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

A recente consolidação e expansão da atenção primária à saúde (APS) no Brasil tem se baseado na inserção dos trabalhadores comunitários, com destaque para os agentes comunitários de saúde (ACSs) na Estratégia Saúde da Família (ESF). As atribuições, características e papel do ACS se construíram ao longo do século XX, mas ainda hoje estão em debate.

As origens da APS no mundo remontam ao *Relatório Dawson*, de 1920, que preconizou a organização de serviços de saúde com base distrital, hierarquizados e estipulando no primeiro nível médicos generalistas. Nesse mesmo período, no Brasil, são estruturados os centros de saúde e postos de higiene, que já firmavam alguns fundamentos da APS, como a delimitação territorial e populacional na forma de distritos, o enfoque nas famílias e a educação para prevenção, entendida como divulgação de conhecimentos sobre higiene. A esses serviços se incorporaram as educadoras sanitárias, que elaboravam material educativo, realizavam visitas às famílias, faziam palestras, transmitiam informações básicas e encaminhavam a população aos serviços de saúde (Castro Santos & Faria, 2002).

Entre as décadas de 1930 e 1970, Fonseca (2013) identifica outras iniciativas de expansão dos serviços, principalmente para populações excluídas, que incluíram trabalhadores comunitários com o papel de educadores sanitários, a prática de visita domiciliar e a delimitação territorial. A autora destaca que a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1963, recomenda a utilização em larga escala de trabalhadores selecionados nas comunidades, que teriam menor qualificação e remuneração, para executar serviços básicos mínimos de saúde.

Em 1978, a 1ª Conferência de Cuidados Primários de Saúde consolida internacionalmente a proposta de APS, definindo-a como "cuidados essenciais baseados em métodos práticos (...) aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha" (OMS, 1979: 2). Essa conferência recomenda o fortalecimento da participação comunitária e a incorporação de agentes comunitários nas equipes locais

No Brasil, a 8ª CNS, realizada em 1986, é um marco na criação do SUS, e também sugere a incorporação de trabalhadores comunitários, denominados agentes populares de saúde, para executar ações de educação para a saúde e cuidados primários. Nesse mesmo ano, a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde defende a inclusão do agente comunitário como articulador entre a comunidade e os serviços de saúde (Fonseca, 2013).

A partir de 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e de 1994, com o Programa Saúde da Família, são retomados os princípios organizativos da APS para a reestruturação do SUS. Nesse momento, o ACS passa ser considerado estratégico para a mudança do modelo de atenção e se transforma no maior quantitativo de trabalhadores responsáveis pela expansão dos serviços.

Consolida-se, assim, a ideia de que o ACS seria um mediador entre a comunidade e os serviços de saúde, principalmente com o objetivo de levar informações biomédicas para a população e subsidiar os demais profissionais com dados do contexto sociocultural e familiar. Perpassa nessa construção do papel social do ACS a noção de que, por pertencer ao mesmo contexto sociocultural, esse profissional teria a capacidade natural de interagir num estilo e numa linguagem mais acessíveis, garantindo melhores resultados das ações de saúde.

A partir de 1999, o trabalho do ACS passa a ser regulamentado. A lei 10.507 de 2002 o reconhece como um profissional do SUS para o

> desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde. (Brasil, 2004: 17)

Fonseca (2013) propõe que, a partir do resgate histórico, podem-se sintetizar cinco papéis sociais desempenhados pelo ACS, relacionados ao atributo de mediador ou elo: 1) tradução das informações entre serviços e comunidade, em duplo sentido; 2) correção por meio da difusão das boas práticas sanitárias; 3) conexão entre usuário e serviços; 4) efetivação de procedimentos de saúde (prevenção e assistência); 5) mobilização de diversos tipos de conhecimentos e articulação com as instituições do Estado e comunitárias.

À primeira vista, o trabalho do ACS parece contribuir para o aumento e desenvolvimento desse território comum de cuidado, com ênfase na relação que constrói com os sujeitos de quem cuida. Mas, como isso ocorre no cotidiano do trabalho do ACS na equipe de saúde da família? Como se dá a dinâmica de produção desse território comum de cuidado? Quais são os saberes e práticas mobilizados por esses profissionais? Como essa perspectiva se confronta com o poder burocrático e administrativo na organização do processo de trabalho? Como se dá o enfrentamento com a centralidade do núcleo específico da medicina?

É importante refletirmos sobre o processo de trabalho do ACS no contexto desse quadro mais amplo e complexo, em que se demandam dos profissionais da saúde múltiplos saberes e práticas, bem como a ênfase no trabalho em equipe. A formação desses trabalhadores deve, portanto, ser coerente com tais necessidades. Assim,

> o desafio que se coloca é identificar esse contingente de trabalhadores que se encontram participando de atividades no campo da atenção em saúde e discutir as possibilidades que, através da formação, permitam contribuir para um sistema de saúde, com atenção integral e resolutiva em todos os seus níveis. (EPSJV, 2005: 76)

Frequentemente encontramos, nos estudos e documentos relacionados ao tema, a ideia de que o ACS seria o *elo* entre a comunidade e o sistema de saúde. Silva e colaboradores (2004) discutem se esse profissional seria o *elo* ou o *laço*, já que *elo* remeteria a uma peça industrial, fria, mecanizada, rígida; e *laço*, à ideia de artesania, mobilidade. O ACS entra em um espaço onde existe um afastamento cultural entre os serviços de saúde e a população. Nesse sentido, o ACS está inserido em um contexto complexo e contraditório, já que atua sob orientações prescritivas biomédicas, em uma política pública cujas atribuições são focalizadas em promoção da saúde e prevenção de doenças e estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Essa discussão reflete a ambígua identidade do ACS – membro da equipe de saúde e simultaneamente membro da comunidade. De sua identidade como morador, espera-se um sujeito sensibilizado e mobilizado para as questões de saúde da comunidade (Morosini, 2001). Assim, suas vivências e conhecimentos são valorizadas na sua intervenção e importantes para o trabalho do restante da equipe.

Entretanto, Morosini também ressalta que, na prática cotidiana, os agentes identificam uma série de questões que extrapolam as possibilidades de atuação da equipe de saúde, como fome, esgoto a céu aberto, desemprego, crianças no lixo, e que, por isso, "podem rebelar-se contra os limites impostos à sua prática" (Morosini, 2001: 41), por pertencerem uma categoria menos arraigada à biomedicina. Essas características se apresentam como um potencial para os ACSs serem agentes de cidadania e para a produção de ações intersetoriais, mas também podem gerar uma sensação de impotência.

Neste debate também se valoriza o papel de *tradutor* ou *mediador* do ACS no diálogo dos saberes científicos com os populares (Nunes *et al.*, 2002). O que pode de certa forma descomprometer o restante da equipe dessa preocupação, entretanto, se apresenta como uma das características mais interessantes deste ator (Morosini, 2001). Por um lado, ele se apropria de alguns saberes da biomedicina, o que lhe confere poder e sentimento de orgulho. Transmitir esses conhecimentos para a comunidade parece ser uma das funções do ACS. Por outro, o agente deve compartilhar o saber popular de saúde e seus conhecimentos sobre a dinâmica da comunidade com a equipe. Nunes e colaboradores (2002) levantam algumas questões a partir desse papel

de tradutor do ACS, tais como: as formas de interação dos saberes biomédicos com as redes de significados socioculturalmente construídas, a normatização da vida pela biomedicina, a introdução de saberes populares no cuidado, a ampliação de acesso e as demandas de saúde.

Silva e Dalmaso (2002: 77) identificam dois componentes na atuação do ACS, um componente técnico "relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para monitoramento de grupos ou problemas específicos"; e um componente político, em que o agente atua como "um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao autocuidado" e como "fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social". Dessa forma, "os quatro verbos importantes no seu trabalho e que refletem a maioria das suas ações são: identificar, acompanhar, encaminhar e orientar" (Brasil, 2000: 44).

Cada ACS é responsável pelo acompanhamento de cerca de 750 pessoas, realizando o cadastramento, visitas domiciliares, ações coletivas e ações intersetoriais.

Assim, a amplitude e a complexidade dessas atribuições nos faz refletir sobre os requisitos mínimos e a formação do ACS. Até recentemente o agente recebia uma qualificação precária, sem pré-requisitos ou carga horária mínima, e na maioria das vezes sua formação ocorria nos serviços sob supervisão do enfermeiro ou da equipe de saúde da família (EPSJV, 2005).

Entretanto, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, tal como se estabeleceu, segundo Morosini (2001: 11), é uma forma de tornar mais eficazes as respostas próprias das comunidades aos seus problemas específicos por meio do "apoio institucional e o aporte de outros saberes e práticas em saúde". Assim, para a autora, a questão estaria em como melhorar a formação sem perder essas qualidades. Acreditamos que o papel e a necessidade formativa do ACS ainda estão em processo de construção e definição. Nesse debate, ressaltamos o reconhecimento dessa categoria profissional, a desprecarização de vínculo empregatício e remuneração e a formação profissional técnica.

Com o objetivo de fortalecer esse movimento de desprecarização do vínculo e visando à profissionalização do ACS, em 2004, os ministérios da Saúde e da Educação estabeleceram um referencial curricular, ou seja, uma publicação que pretende ser uma ferramenta para a organização do currículo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Nesse referencial, afirma-se que, na formação técnica do agente comunitário, ele deve:

> ter potencializadas suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente. Além disto, o curso deverá reforçar o

> importante papel social do técnico agente comunitário de saúde de atuar como mediador entre distintas esferas da organização da vida social. (Brasil, 2004: 19)

Diante desse perfil, estabeleceram-se cinco competências distribuídas em três âmbitos de atuação do ACS:

> 1 – Mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações; 2 – Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes; 3 – Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário. (Brasil, 2004: 20)

Nesse referencial curricular (Brasil, 2004), definem-se três etapas formativas:

| Etapa | Requisitos de acesso | Tema proposto | Carga horária mínima |
|---|---|---|---|
| I | Formação inicial: acesso a todos os ACSs no SUS, independentemente da escolarização | Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema – o perfil social do técnico ACS e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS | 400 horas |
| II | Conclusão da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental | Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes | 600 horas |
| III | Conclusão das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio | Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário | 200 horas |

É importante ressaltar que apenas uma minoria consegue realizar a etapa II do processo de formação, já que é de responsabilidade do município o financiamento desta etapa e da seguinte. Há também ACSs que atuam na ESF somente com treinamento em serviço, sem frequentar nenhuma etapa do curso de formação para refletir e elaborar a respeito do seu processo de trabalho.

Historicamente ocorre, para os profissionais de escolaridade de nível médio e fundamental, o investimento em processos formativos que somente são realizados nos serviços de saúde (Morosini, 2010). Ou seja, uma formação baseada especificamente nos treinamentos em serviço, com o objetivo de transmitir conteúdos programáticos e atividades prescritivas dos programas de saúde do Ministério da Saúde. Momentos para

a reflexão e troca de experiência sobre o cotidiano do trabalho, sobre as dificuldades no manejo de situações inclusive entre equipe e da relação com a comunidade como principal instrumento de trabalho devem-se realizar em outros espaços.

A formação técnica do ACS, apesar de ele desenvolver um trabalho complexo que envolve também a dimensão educativa na relação com a comunidade do território, destaca-se pela precariedade e diversidade, o que também influencia o reconhecimento social destes profissionais (Morosini, Fonseca & Pereira, 2007).

É necessária a criação de espaços de reflexão, troca e construção do conhecimento para além dos módulos e dos treinamentos em serviços. Deve-se também garantir a implementação da formação técnica em que estejam assegurados o processo pedagógico enquanto formação humana, tendo o trabalho como eixo norteador, e a valorização dos saberes, necessidades e atribuições específicas do ACS.

A plena implementação dessa formação é um desafio atual que as escolas técnicas do SUS (ETSUS) têm buscado executar. Ainda não se estabeleceram garantias para que os ACSs completem todo o percurso, já que somente a formação inicial é obrigatória.

Cabe analisar a necessidade da formação técnica do ACS em relação ao acesso ao direito à educação, ao direito social e ao objetivo da ESF, que tem como finalidade

> a ampliação do acesso e de extensão de cobertura dos serviços de saúde, da racionalidade técnica e econômica, de integralidade e humanização no atendimento, de participação popular em saúde, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. (Silva & Dalmaso, 2002: 76)

Diante dessa perspectiva complexa dos problemas e práticas de saúde, demanda-se dos profissionais da saúde múltiplos saberes e práticas e a ênfase no trabalho em equipe. Além disso, a formação desses profissionais deve ser coerente com essas necessidades.

Silva e Dalmaso (2002) consideram que, diante da variedade de contextos nos quais são implantados a ESF e da amplitude da finalidade dessa política, é um desafio para a formação identificar as tecnologias de trabalho do ACS – sempre na perspectiva de um trabalho em equipe – adequadas para as necessidades da reorganização da atenção primária e consolidação das políticas públicas.

O trabalho em equipe pode ser compreendido como um processo em que atuam vários profissionais numa mesma situação, compartilhando o mesmo espaço físico e o cuidado das mesmas pessoas (Peduzzi, 2009). Porém, há que se ressaltar que esse trabalho não ocorre necessariamente de maneira coletiva, ou seja, é permeado por tensionamentos decorrentes da fragmentação dos fazeres e saberes das diferentes categorias profissionais. O trabalho em equipe, que acreditamos ser positivo para os trabalhadores da saúde e para os usuários dos serviços, funda-se na criação de vínculo e relação de confiança entre os profissionais que atuam na mesma equipe, na reciprocidade, na cooperação, no reconhecimento dos diferentes saberes, na articulação e cooperação e construção coletiva do cuidado.

As questões apresentadas e as características do agente comunitário apontam para uma possibilidade de um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e, dessa forma, com um potencial de mudança do processo de trabalho em saúde. E perguntamos: será que a inserção deste ator na equipe de saúde da família colabora para a transformação do modelo predominante de produção da saúde?

Assim, numa primeira aproximação, parece-nos que o que caracteriza o trabalho do ACS é seu papel de educador para a saúde, numa perspectiva de construção da cidadania.

## ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL: ENCONTRO NAS AÇÕES

Pensar em saúde mental na atenção básica nos remete a duas perguntas: como se dá esse encontro? Quais são as ações desenvolvidas na atenção básica que estão no âmbito da saúde mental? Para discutir tais questões, nos apoiaremos no enfoque proposto pelo Ministério da Saúde, em uma publicação do Departamento da Atenção Básica que trata do tema saúde mental (Brasil, 2013: 14):

> Saúde mental (...) não será abordada em contraposição à saúde física ou biológica – conforme o velho e o equivocado dualismo corpo/mente – mas como sofrimento de pessoas, e em alguns casos adquire estabilidade e regularidade tal que merecerão enfoque específico.

A partir dessa compreensão, entende-se que as ações de saúde mental na atenção básica são todas aquelas voltadas para o acolhimento do sujeito e família em sofrimento psíquico, ou seja, são práticas realizadas no contexto das próprias equipes da ESF ao atenderem às famílias nas unidades de saúde e no território. Por sofrimento psíquico entende-se não somente aquilo que é reservado aos indivíduos que receberam certos diagnósticos, mas é algo presente na vida de qualquer pessoa, manifestando-se de maneira particular em cada um. Por essa razão,

> nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente. Além disso, compreendemos que as doenças mentais – nos casos em que possam receber tal denominação – muitas vezes caracterizam-se como doenças crônicas, ou seja, como algo com que o sujeito precisará conviver ao longo da vida, como é o caso de diabetes ou doenças degenerativas. (Brasil, 2013: 15)

Assim, o desenvolvimento de práticas de saúde mental no território pressupõe que o trabalhador da atenção básica construa um plano de cuidados com base na história de vida da pessoa/família, nos seus vínculos no território e nas demais questões que estruturem a vida desses sujeitos. Nesse contexto, o ACS é o trabalhador da ESF cuja prática baseia-se no vínculo que mantém com o território e, portanto, sua atuação pode potencializar o cuidado singularizado e a construção de redes de apoio. Sem dúvida, isso não significa que cabe somente ao ACS a construção de vínculos e o estabelecimento

de relação de confiança com as famílias atendidas, uma vez que tais ações constituem princípios da atenção básica que concernem a todos os trabalhadores da ESF.

Nessa mesma direção, o Ministério da Saúde (Brasil, 2013: 22) orienta que

> as práticas em saúde mental na atenção básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.

As práticas de saúde mental executadas pelas equipes de saúde da família desenvolvem-se nos encontros com os usuários, momentos esses em que há a criação de ferramentas e estratégias para a produção do cuidado. O acolhimento e a escuta são ações que favorecem o estabelecimento de vínculo entre os usuários e a equipe (Brasil, 2013). Um importante dispositivo criado para apoiar essas ações foi o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), cujo objetivo é ampliar a abrangência e o escopo das ações na atenção básica, envolvendo a atuação de profissionais de diversas categorias que não compõem a equipe mínima, como, por exemplo, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos, entre outros. Os profissionais do Nasf apoiam equipes de saúde da família por meio de diversas práticas: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

Sem dúvidas o território pulsa, e a quantidade de questões de saúde mental, ou seja, o número de usuários que apresenta sofrimento psíquico no território não é pequeno. Quando não podem contar com o Nasf, ou quando os trabalhadores do Nasf encontram-se sobrecarregados de atribuições (o que acontece nos grandes centros urbanos), os trabalhadores da ESF se veem frequentemente sem referência de como atender uma demanda de cuidados em saúde mental. O ACS, diferentemente dos outros profissionais das equipes, muitas vezes não passou por qualquer formação para discutir esses casos.

Um desafio identificado é a necessidade de criação e efetivação de processos pedagógicos para os profissionais da saúde que abarquem a intersetorialidade e o cuidado enquanto fenômeno complexo. Para Trapé (2010), os ACSs falam sobre a dificuldade em lidar com casos que envolvem pessoas em grave sofrimento psíquico e com transtornos mentais severos, porém assumem um cuidado possível devido à necessidade de dar resposta à situação que surge. Muitas vezes a explicação conceitual da patologia é associada a ações de perigo e à construção histórica da loucura como risco, violência e agressividade, talvez por isso os ACSs identifiquem alguns usuários como pacientes da saúde mental:

> Quando casos graves demandam a ação desses profissionais, a impossibilidade clínica surge como fator chave da paralisia diante do usuário. O medo de não saber como conduzir, ser responsabilizado por ações equivocadas ou mesmo medo da ação desconhecida daquele que está à sua frente. (Trapé, 2010: 119)

Para identificar as necessidades formativas do ACS, devemos entender seu cotidiano de trabalho. Suas atividades podem ser resumidas em: identificar sinais e situações de risco; orientar as famílias e comunidade; e encaminhar/comunicar à equipe casos e situações identificadas (Thomaz, 2002).

Ter a desinstitucionalização como referência, ou base, no cuidado em saúde mental contribui para que o acolhimento e a escuta aos sujeitos em sofrimento psíquico caminhem em direção ao cuidado singularizado. Ao falar sobre desinstitucionalização, entendemos que se trata de um processo de envolvimento e mobilização das pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico e seus familiares, enquanto atores sociais e protagonistas de suas vidas, assim como da desconstrução da ideia de cuidado em saúde como algo que gira em torno somente de doença e cura (problema-solução).

As práticas que têm como base a desinstitucionalização não resumem o cuidado à identificação da doença e cura, pois essa visão justificou historicamente práticas de tutela na saúde, desqualificação do sujeito e valorização da doença em detrimento da história de vida dos usuários dos serviços de saúde.

Esse tema nos faz pensar sobre o processo histórico da reforma psiquiátrica brasileira, que, além de criticar os efeitos de normatização e controle hospitalar, tem como um dos objetivos enfatizar o debate da cidadania na sua relação com a doença mental (Oliveira & Alessi, 2005).

A reforma psiquiátrica no país, que se iniciou em meados da década de 1970, é um processo complexo e um campo heterogêneo que abarca a prática e os âmbitos social, cultural e político (Tenório, 2001). Ainda sobre o processo de mudança da assistência a esses usuários dos serviços de saúde, Amarante e Guljor (2005: 68) defendem que a reforma psiquiátrica perpassa também as relações da sociedade com o fenômeno loucura:

> é um processo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura, que abarca não apenas o modelo de cuidado, mas também suas noções sobre a condição social desse sujeito em sofrimento (...). Torna-se necessário ampliar o escopo de intervenções para uma efetiva ruptura com valores que há duzentos anos justificam as práticas segregadoras de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio.

A reforma psiquiátrica caracteriza-se por ser um processo de mudança de pensamento, de produção de conhecimentos, de práticas e políticas de saúde (Nogueira, 2008). Esse movimento apresenta especificidades dependendo do país, cultura, origem, cabendo destacar que o movimento da psiquiatria democrática, liderado por Franco Basaglia, influenciou intensamente a reforma brasileira.

Com a reforma psiquiátrica surge também a reconstrução do sentido da desinstitucionalização, que não envolve simplesmente o fechamento de instituições que promovem o isolamento e o cuidado asilar dos pacientes, ou a alta hospitalar. Segundo Amarante (2003: 31), trata-se de "construir e inventar novas perspectivas de vida e subjetividade para aqueles mesmos sujeitos e não apenas evoluções e prognósticos da doença mental". A desinstitucionalização dos sujeitos submetidos a internações psiquiátricas é um processo de reconhecimento da singularidade de cada indivíduo por parte da equipe de saúde, de retomada das atividades de vida diária com consequente reinserção desses sujeitos na sociedade.

A desinstitucionalização, entendendo-a como processo, focaliza, para além da doença, o sujeito, sua biografia, projetos de vida e sua inscrição no corpo social. Nas palavras de Rotelli, Leonardis e Mauri (2001: 30),

> se o objeto ao invés de ser a doença torna-se a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior.

A desinstitucionalização, assim, adquire o significado de processo cotidiano, dinâmica que perpassa desde relações interpessoais até a formulação de políticas públicas de saúde mental para quebra do pensamento e política asilares. Envolve também a utilização de dispositivos, estratégias substitutivas no tratamento e no modo de se relacionar com as pessoas que apresentam sofrimento psíquico.

Esse processo, desde a promulgação da lei 10.216 (Brasil, 2001), aponta a necessidade de articulação no SUS entre os serviços que prestam cuidados a pessoas com transtornos mentais substitutivos ao hospital psiquiátrico, para a superação da lógica manicomial, e a ampla rede assistencial de atenção básica, que, desde a década de 1990, também vem passando por mudanças na organização do processo de trabalho e da rede de serviços de saúde a partir da ESF e da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012). A articulação entre a atenção básica e a saúde mental relaciona-se com o processo histórico da reforma psiquiátrica brasileira e com os princípios que fomentaram o movimento da Reforma Sanitária (Vecchia & Martins, 2009). Ambos os movimentos foram produzidos por trabalhadores em busca da garantia do direito à saúde, e nesse sentido tanto atenção básica quanto saúde mental são campos em que historicamente "saúde e cidadania são indissociáveis" (Brasil, 2013: 22).

A relação entre o processo de trabalho do ACS e a interface com a desinstitucionalização perpassa tanto as atribuições deste trabalhador e seu lugar específico na ESF, quanto o processo de trabalho das equipes de saúde da família (Brasil, 2012) e o lugar que a atenção básica ocupa no SUS em relação à rede e demais níveis de atenção.

Segundo orientações da PNAB (Brasil, 2012), estão incluídas como características do processo de trabalho na atenção básica, entre outras ações: escuta qualificada e

identificação das necessidades de saúde e vulnerabilidades das famílias adscritas; atenção integral e contínua; visitas domiciliares; desenvolvimento de atividades educativas que promovam a autonomia individual e coletiva dos usuários do SUS, tendo em vista a busca por qualidade de vida e a participação coletiva nos processos de gestão do cuidado, e desenvolvimento de ações intersetoriais.

A articulação do território como dispositivo de cuidado (Piccinini & Neves, 2013) e o investimento na construção de vínculo/relação de confiança entre trabalhadores da ESF e famílias adscritas, assim como a valorização da inclusão do princípio de participação popular na produção do cuidado, convergem com os ideais de uma prática democrática em saúde, em que o saber popular seja reconhecido como estruturante da vida nos territórios.

Em âmbito local, as atividades realizadas pelas equipes de saúde da família são fundadas, predominantemente, pelo saber biomédico. O ACS vive e sofre as desigualdades sociais que atingem as famílias que acompanha, e que não se resolvem com ações somente de sua responsabilidade ou das equipes, mas que demandam políticas públicas que extrapolam o campo da saúde.

Uma política social como a ESF, que apresenta como princípios a participação social e a integralidade (Brasil, 2012), deveria ser espaço para práticas educativas críticas, de mobilização popular e organização de reivindicações em relação às necessidades sociais da população. Porém, David (2011), que analisa as práticas educativas em saúde na ESF, mostra que há divergência entre o discurso que parece democrático e as práticas existentes nos serviços de saúde, que podem ser predominantemente autoritárias.

Há grandes desafios vinculados ao estabelecimento de programas de atenção à saúde mental ligados à atenção básica:

> necessidade de priorização deste tipo de programa pela gestão em todos os níveis, e sua própria continuidade; disponibilidade de profissionais que aceitem atuar em áreas de favelização com uma perspectiva antimanicomial (...), bem como o levantamento de prioridades a partir de demandas locais (não seguindo um modelo genérico); a disponibilidade de um arranjo de serviços, sua adequação cultural conforme a comunidade atendida, e o investimento dos recursos em sistemas de cuidado, e não nos indivíduos. (Vecchia & Martins, 2009: 159)

Dentre possibilidades de articulação entre a ESF e a saúde mental está a criação de arranjos internos às equipes da atenção básica que promovam trocas com as equipes de saúde mental, assim como a atuação dos ACSs e demais trabalhadores deste campo na condução de projetos terapêuticos singulares.

Entende-se por projeto terapêutico singular (Brasil, 2013: 33):

> um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações

> que visam ao cuidado integral. Um Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação.

Há um grande desafio ainda no que se refere à difícil integração entre os diferentes serviços de saúde, o que implica uma articulação da rede e a criação de estratégias no âmbito da gestão do sistema que induza esse movimento. É importante destacar que a ampliação da centralidade da ESF no sistema não deve ocorrer a partir da ampliação do escopo das ações dos profissionais da atenção básica, na lógica do aumento das responsabilidades destes e do esvaziamento da relevância que os dispositivos de cuidado de saúde mental, que operam a partir da atenção psicossocial e da desinstitucionalização, têm historicamente.

## A TÍTULO DE CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizamos este capítulo esperando que após a leitura compreenda-se que o modo de produção capitalista é feito pelo homem e é um processo histórico. Isso significa dizer que está em movimento. Cabe a cada trabalhador da área da saúde, em qualquer cenário em que atuar, a compreensão de que a saúde é campo de disputas e todos somos atores nesse processo.

Em nossa prática, é fundamental reconhecer, questionar e rerformular as ações que reproduzem o pragmatismo, o individualismo e a transformação das pessoas em mercadorias.

O trabalho em equipe deve ser praticado e entendido como um trabalho em que saberes são constituídos coletivamente e como um espaço de criação, construção plural e potente.

Faz-se necessário que acreditemos na luta por uma saúde pública, universal, de qualidade e por um sistema livre dos interesses do capital, que seja construído com e para os trabalhadores. Para isso, enfatizamos a necessária ocupação e participação de espaços de controle social instituídos, assim como a criação de novos mecanismos de participação popular.

A luta do ACS por formação profissional de qualidade, pela formação técnica, por melhores condições de salário e vínculos, por processos de trabalho coletivos e não hierárquicos precisa ser aguerrida e apoiada por todos os outros trabalhadores do campo da saúde. As reivindicações desses profissionais, mais do que traduzir as demandas da categoria, denunciam um país cuja história da formação social e econômica é marcada pela desigualdade social fomentada por um modo de produção da existência excludente e elitista.

Sigamos nas nossas práticas e reflexões na defesa do trabalho em seu sentido da formação humana, na negação da mercantilização da atenção à saúde, na defesa pela saúde como um direito e como prática social da existência. Que permaneçamos na luta por uma educação pública, politécnica e com vistas à emancipação humana.

A batalha é longa e está sendo vivida, sejamos bravos, persistentes e, como diria Gramsci (2012), que atuemos com o pessimismo da razão e o otimismo da vontade.

## SUGESTÕES DE LEITURA

BEHRING, E. R. *Política Social: fundamentos e história*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOROSINI, M. V. *Educação e Trabalho em Disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2010.

PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

AMARANTE, P. D. & GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re) construção da demanda no corpo social. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, Abrasco, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde & Sociedade*, 18(supl. 2): 11-23, 2009.

BATISTELLA, C. E. Abordagens contemporâneas do conceito de sáude. *In*: FONSECA, A. F. & CORBO, A. D. (Orgs.). *O Território e o Processo Saúde-Doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

BRASIL. Lei federal n. 10.216, de 6 abr. 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. *Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.* Brasília: Ministérios da Educação e Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34 – Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CASTRO SANTOS, L. A. & FARIA, L. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Revista Teoria e Pesquisa*, 40-41: 137-182, 2002.

CECILIO, L. C. O. & MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde & Sociedade*, 13(2): 39-55, 2004.

CORBO, A.; MOROSINI, M. V. G. C. & PONTES, A. L. M. *A Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde – modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

DAVID, H. M. S. L. Educação em saúde e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. *In*: MIALHE, F. L. (Org.). *O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas*. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). *Projeto Político-Pedagógico*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2005.

FARIA, H. X. & ARAÚJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde & Sociedade*, 19(2): 429-439, 2010.

FONSECA, A. *O Trabalho do Agente Comunitário: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde*, 2013. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para a análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). *In*: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec, 2003.

FRIGOTTO, G. Trabalho. *In*: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere.* 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. (v. 3. Maquiavel: notas sobre o Estado e a política).

LEFEBVRE, H. Ciência e ação. *In*: LEFFBVRE, H. *Para Compreender o Pensamento de Karl Marx*. Lisboa: Edições 70, 1966.

LUZ, M. T. Saúde. *In*: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

MARX, K. Elementos fundantes de uma concepção materialista da história. *In*: NETTO, J. P. (Org.). *O Leitor de Marx*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOROSINI, M. V. *O Agente Comunitário de Saúde no Marco da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: desafio à formação em saúde*. Relatório final do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz. Rio de Janeiro, nov. 2001.

MOROSINI, M. V. *Educação e Trabalho em Disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2010.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, F. A. & PEREIRA, I. B. Educação em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

NETTO, J. P. *Economia Política: uma introdução crítica*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIRA, M. L. *Prática do Enfermeiro em Hospital Psiquiátrico e o Processo de Desinstitucionalização no Contexto da Saúde Mental*, 2008. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

NUNES, M. O. *et al*. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6): 1.639- 1.646, 2002.

OLIVEIRA, A. G. B. & ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 290-297, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Unicef, 1979. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2015.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. *In*: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

PICCININI, C. A. & NEVES, R. A saúde bate à sua porta: olhares sobre a prática dos agentes comunitários de saúde. *In*: PAULON, S. & NEVES, R. (Orgs.). *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013.

RAMOS, M. N. Conceitos básicos sobre trabalho. *In*: FERREIRA, F. A. & STAUFFER, A. B. (Orgs.). *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. & BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2): 438-446, 2004.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. D. & MAURI, D. (Orgs.). *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, J. A. & DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface*, 6(10): 75-83, 2002.

SILVA, R. V. B. *et al*. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, dez. 2000, Brasília. *Cadernos*... Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.

TENÓRIO, F. *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

THOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface*, 6(10): 84-87, 2002.

TRAPÉ, T. L. *O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental: faces e interfaces*, 2010. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/dissertacao_trapethiago_0.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2015.

VECCHIA, M. & MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface*, 13(28): 151-164, 2009.

# 5

# Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Saúde Mental na Atenção Básica

*Renata Veloso Vasconcelos*

Este capítulo trata de conceitos e possibilidades de ações para os trabalhadores da atenção básica, e tem como objetivo ajudá-los a pensar sobre suas práticas apresentando a perspectiva de uma clínica que se configura para além das expressões das doenças, que seja pactuada e aberta às singularidades (Campos, 2013). Convido o (a) leitor(a) a refletir sobre saúde mental na atenção básica, com foco na contribuição das práticas corporais como uma abordagem possível para o sofrimento psíquico, coerente com os princípios da reforma psiquiátrica e da (des)institucionalização, discutidos em outros capítulos deste livro. Tais práticas serão analisadas com um enfoque crítico da promoção da saúde e do risco e, ao final, serão apresentadas algumas reflexões sobre a potência de práticas corporais não prescritivas.

Nesse sentido são necessárias algumas considerações sobre as formas pelas quais as práticas corporais vêm se configurando em relação à promoção da saúde no âmbito da saúde pública – em especial na atenção básica – e sua conexão com o hiperdimensionamento do risco referente à (não) realização de práticas corporais. Para isso, tomarei como base, dentre outros, autores importantes para o campo, como Lupton, Castiel, Sanz-Valero, Vasconcellos-Silva, Ferreira e Cardoso, que refletem sobre os riscos em saúde, as naturalizações da neutralidade científica – comumente anunciada como unívoca e despida de interesses – e seus usos na promoção da saúde. De acordo com essa concepção, o risco não é um fato, mas algo construído socialmente, produto de uma sociedade e suas contradições.

Tomando o risco e a promoção da saúde como matrizes centrais de análise, é possível entender que, na base das ações de prevenção/promoção, encontram-se as apropriações do conceito de risco pelo campo da saúde (Almeida-Filho, Castiel & Ayres, 2009). Risco é geralmente entendido como probabilidade de algo vir ou não

a acontecer, mas, no âmbito da saúde é comum associar essa probabilidade a algum dano. Autores como os citados analisam em seus estudos as formas pelas quais certos discursos da prevenção e da promoção da saúde colaboram para a produção de um ambiente "riscofóbico", isto é, de aversão total ao risco e de culpabilização do indivíduo, por meio da elaboração de formatos restritivos e estratégias de controle, normatização e condução do comportamento das pessoas. Tais estratégias constituem mecanismos de hiperprevenção, geradores de ansiedades e adoecimentos, ainda que risco seja considerado como algo virtual e incerto (Castiel, Guilam & Ferreira, 2010; Castiel, 2003; Ferreira, Castiel & Cardoso, 2012). Isso pode ser percebido por meio de uma lógica de bloqueio e gerência do risco, predominante nas práticas de promoção da saúde realizadas na atenção básica, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tais práticas são regidas pela tônica do estilo de vida (*saudável, positivo* e *sempre possível*) legitimadas pela epidemiologia dos fatores de risco e pela medicina baseada em evidências.

No campo da saúde, em particular na promoção da saúde, pode-se perceber que estilos de vida são operacionalizados sob a lógica da autorregulação e perpetuação de si. Essa lógica, que se dá na perspectiva foucaultiana de disciplina e controle – de biopoder e biopolítica –, incide, por sua vez, em seu objeto fundamental – o corpo – a partir das normatizações e normalizações.

Retornando à clássica discussão deste tema em Foucault, a norma torna explícita a relação entre a disciplina e a regulação. A norma é aplicada tanto ao corpo quanto à população, isto é, circula entre o corpo individual e a massa dos indivíduos. O poder disciplinar teria como objetivo fabricar corpos dóceis e produtivos, submissos politicamente e eficazes do ponto de vista econômico. As técnicas disciplinares são mecanismos de gestão que utilizam as forças do corpo em prol do poder, tendo como alvo o corpo. O poder disciplinar, ou a anatomopolítica do corpo, constitui a primeira face do que Foucault viria a denominar biopoder. O biopoder consiste na articulação de duas dimensões: uma individualizante, microfísica, a anatomopolítica do corpo humano, que caracteriza os mecanismos disciplinares; e a outra totalizadora ou coletiva, macrofísica, a biopolítica da população, a partir de mecanismos de regulação e segurança. Dessa forma, os corpos e as populações são compreendidos como objetos de intervenção política, de gestão e de governo (Foucault, 2008a, 2008b).

O diálogo entre biopolítica e saúde pública incide nas relações que o poder estabelece com a vida. A biopolítica contribui, assim, para uma desnaturalização dos conceitos e prerrogativas do saber médico, ao problematizar que não há um saber primeiro nem último sobre a vida, pois ela seria sempre resultante de um encontro histórico e determinado com a política" (Tuillang & Karmy, 2014).

Considerando essa lógica, na perspectiva da promoção da saúde, há um determinado estilo de vida, veiculado por correntes científicas e midiáticas e disseminados pelas políticas e práticas de saúde, que se pretende universal e ideal, apesar das diferenças de contextos sociais e econômicos. Tomando risco como objeto

de conhecimento da ciência epidemiológica, o estilo de vida passa a ser apropriado pelo enfoque de risco epidemiológico, e este se configura como uma abstração que orienta variadas práticas sanitárias (Castiel, Sanz-Valero & Vasconcellos-Silva, 2011).

Dessa forma, determinadas ações de saúde parecem se apropriar mais do conceito de prevenção de doenças e da teoria do *estilo de vida*, que sugere que a prevenção é uma responsabilidade pessoal, com base no controle dos fatores de risco individuais. Um estilo de vida considerado positivo seria aquele no qual o indivíduo modificaria, por livre escolha, hábitos considerados de risco, tais como, fumo, sedentarismo, dieta hipercalórica, uso de drogas ilícitas e/ou álcool, por exemplo. Entretanto, é necessário considerar que a liberdade de escolha nem sempre é possível e que as recomendações, particularmente aquelas referentes às práticas corporais/atividade física, não são universais, mas sim coerentes com os diferentes contextos e singularidades.

A inserção das práticas corporais/atividade física via educação física no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é recente e, dentre as ações de promoção da saúde, há, atualmente, um predomínio do apoio e financiamento concedido, por parte da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, aos programas de práticas corporais/atividade física. Cerca de 96% das ações de promoção de saúde, desde a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), foram realizadas com financiamento concedido a pesquisas e projetos sociais relacionados à prática de exercícios físicos (Brasil, 2011a).

Como um dos marcos históricos dessa entrada, a PNPS apresenta a prática corporal/atividade física como uma das ações a serem priorizadas na atenção básica. Promoção da saúde, de acordo com essa política, é uma das estratégias do setor saúde referente ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. A promoção da saúde baseia-se em uma concepção ampla do processo saúde-doença. Propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para produzir ambientes favoráveis à saúde (Brasil, 2006a; Buss, 2003). Outros marcos históricos permitiram a entrada do profissional de educação física na saúde pública brasileira: a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, atualmente definido como Estratégia Saúde da Família (ESF); a resolução n. 218 do Conselho Nacional de Saúde, de 1997, que reconhece a educação física como profissão da área da saúde (Brasil, 1997); e a portaria n. 154 (Brasil, 2008), que, em 2008, determinou a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), do qual o educador físico é um dos integrantes.

A prática corporal/atividade física passa a ser considerada, então, como ferramenta para produção de ambientes favoráveis à saúde e à qualidade de vida na atenção básica. Mas não somente em razão do educador físico, e sim de todos os demais trabalhadores da saúde que também se interessem em atuar como facilitadores nesse processo.

As reflexões apresentadas ao final deste capítulo apresentam as práticas corporais como possibilidades de se configurarem dentro de um campo de resistência ao instituído. O *instituído* pode ser entendido como concretização, materialização sob a forma de normas e valores dominantes de uma determinada realidade. Quando nos referimos a essas práticas *potencializadoras* e *não prescritivas*, estamos refletindo sobre novos arranjos e dispositivos para os serviços de saúde que possam romper com a lógica institucional e que atuem como forças que favoreçam transformações, isto é, que cumpram o papel de *instituintes*. Novos dispositivos para os serviços de saúde podem suscitar reflexões sobre a organização das instituições e seu modo de produção de serviços de saúde, considerando que essa orquestração reflete diretrizes, interesses e valores dominantes em uma determinada época e contexto social. Essa lógica institucional faz com que os modos específicos de se organizar a vida privilegiem a concretização de certos objetivos em vez de outros, e problematizar esse fato é fundamental aos serviços de saúde (Marcuse, 1998; Campos, 1999).

Práticas corporais não prescritivas (que arrisco a nomear também como potencializadoras, como se verá adiante) referem-se às abordagens que consideram as múltiplas transferências e percepções de fluxos de afetos produzidos nas diferentes relações entre profissionais da saúde e pessoas atendidas, na realização de projetos terapêuticos singulares. Tais práticas buscam uma pesquisa transdisciplinar do corpo e do movimento e acesso às condições sensíveis do corpo, por meio do uso dos prazeres, do desenvolvimento de estados de presença e de atenção voltados para os movimentos sutis dos corpos, que nem sempre percebemos em nossos cotidianos. Esses movimentos são experienciados em encontros criadores, na maioria das vezes em grupos, favorecendo contágios e novos arranjos corporais, posturas, gestos, por meio da desconstrução do atrelamento do prazer ao que já é conhecido e utilizado.[1] Práticas corporais não prescritivas buscam, assim, viabilizar uma abertura do corpo para a própria pessoa e para o outro. Ou seja, uma mobilidade corporal passível de novos encontros, novos olhares, produções de vida e potência de construção e reformulação constante de si. Nas palavras de Borges (2009), buscam, portanto, um corpo "biopotente" e "corajoso".

É importante ressaltar, acompanhando a trajetória dos usos dos termos "práticas corporais" e "atividade física" desde os primeiros projetos relativos à promoção da saúde por meio do movimento corporal no SUS, que esses termos aparecem em documentos oficiais de diferentes formas: inicialmente em "práticas corporais/atividade física", e, recentemente, na sigla PCAF (práticas corporais/atividade física) – curiosamente de uso particular no Brasil – e ainda em "atividades físicas e práticas corporais". Isto é, parece não haver diferenciação entre os termos práticas corporais e atividade física na PNPS e em outros projetos e documentos oficiais relativos à promoção da saúde no SUS. Cabe ainda destacar que as práticas corporais não são exclusivas da área

[1] Cf. o trabalho desenvolvido na Angel Vianna Escola e Faculdade de Dança, no Rio de Janeiro, e a tese produzida por Borges (2009).

da educação física. Estão incluídas na PNPS, mas também na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS (Brasil, 2006b). Já os usos dos termos atividade física e exercício físico, assim como PCAF, aparecem mais associados às iniciativas na área da educação física.

Historicamente o termo atividade física tem suas origens atreladas a uma concepção biomédica. É definida, na 1ª Conferência Internacional de Consenso sobre Exercício Físico, Aptidão Física e Saúde, realizada em Toronto em 1988, como todo e qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto de energia, enquanto o termo exercício físico estaria associado a uma prática de atividade física de forma regular e sistemática, visando a melhorias nos componentes da aptidão física relacionados à saúde.

Diferentemente, o uso do termo práticas corporais, conforme Lazzarotti Filho e colaboradores (2010), intensificado a partir de 2000 na literatura científica brasileira, no campo da educação física, aparece, predominantemente, na interface com as humanidades. No entanto, os dados indicam que ainda não há uma estabilidade e um consenso em relação a esse conceito, apesar do acúmulo contínuo de elementos para tal. De qualquer forma, não é objetivo do capítulo adentrar nessa possível arena de disputa. Mas é preciso indagar quais as origens teóricas do conceito de práticas corporais que incluem uma dimensão crítica que talvez não esteja presente no binômio atividade física/exercício físico e que podem também estar sendo *pasteurizadas* e *cooptadas* para a inclusão pelo discurso hegemônico no estilo "quanto mais se muda, mais é a mesma coisa".

Apesar do fato de não haver diferenciação entre os termos práticas corporais e atividade física, na PNPS e em outros projetos e documentos oficiais relativos à promoção da saúde no SUS, e da possível cooptação desses termos, conforme mencionado, faço uma opção aqui por práticas corporais não prescritivas (ou potencializadoras). Ao desenvolver algumas reflexões na última parte do capítulo sobre esse tipo de atividade, retomo esses motivos históricos já descritos brevemente e busco discutir algumas possibilidades de olhares mais amplos para as intervenções em saúde pública na área da educação física (vale também ressaltar que olhares amplos não estão atrelados exclusivamente a um único termo). Nesse sentido, são consideradas as relações entre práticas corporais, processo saúde/doença/cuidado e questões subjetivas e sociais, tais como aspectos econômicos, culturais e políticos que impedem a tomada de decisões consideradas saudáveis.

Assim, tentarei dialogar com alguns saberes afins, apresentando algumas concepções teóricas da promoção da saúde e análises realizadas sob o enfoque do risco em saúde, a partir de marcos importantes para contextualizar a inserção e usos das práticas corporais/atividade física na saúde pública, em especial na atenção básica em sua articulação com a saúde mental.

## IDEÁRIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS PRÁTICAS CORPORAIS/ ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA

O ideário da promoção da saúde, desde a sua origem, por volta da década de 1970, tem influenciando de forma crescente as políticas públicas de diferentes países, configurando-se como um orientador da saúde pública. No Brasil, diretrizes da promoção da saúde são encontradas na proposta da vigilância em saúde, no projeto Cidades Saudáveis, nas práticas de educação à saúde e em projetos de reorganização da rede básica, em especial, aqueles vinculados à ESF (Carvalho, 2004). Dessa forma, a atividade física como uma das ações prioritárias e principal foco dos projetos na atual Rede Nacional de Promoção da Saúde, é uma realidade que confirma a crescente tendência de institucionalização das práticas promotoras da saúde nos diversos níveis de gestão (Brasil, 2017).

Os discursos da promoção da saúde passam a se apresentar como referenciadores tanto de políticas e ações de saúde voltadas às práticas corporais quanto das intervenções profissionais da educação física no âmbito do SUS.

O profissional de educação física, como novo integrante da equipe do Nasf, amplia suas possibilidades de ação, tornando-se também um agente de saúde e ganhando destaque na PNPS. Essa política, como já relatado, estabelece ações específicas a serem priorizadas, como é o caso das práticas corporais/atividade física, reconhecidas como fator protetor de saúde, ao auxiliar na redução dos riscos à saúde e melhorar a qualidade de vida dos sujeitos (Brasil, 2006a).

A promoção da saúde hoje envolve atividades dirigidas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*). Esta abordagem, em vigor a partir de 1984 e cujo marco principal foi a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá, é denominada Nova Promoção da Saúde ou abordagem socioambiental. No documento síntese da conferência, a Carta de Ottawa, a saúde é considerada produto de um conjunto amplo de fatores relativos à qualidade de vida – padrão adequado de alimentação e nutrição, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, educação, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos e um conjunto adequado de cuidados de saúde.

Embora também esteja fundada na ideia de risco epidemiológico e advogue a adoção de comportamentos considerados saudáveis, a Nova Promoção da Saúde, ao considerar os determinantes sociais no processo saúde-adoecimento, condena estratégias que culpabilizam o indivíduo por sua condição de saúde e que apenas prescrevem comportamentos descontextualizados socialmente. Busca contribuir para mudanças sociais, nas relações entre cidadãos e Estado, para o deslocamento da ênfase na medicalização para as políticas públicas e ações intersetoriais. Para tanto, propõe a participação social e o empoderamento, sintetizando dois elementos

fundamentais para o conceito de promoção da saúde: a necessidade de mudanças no estilo de vida e, também, das condições de vida, combinando escolhas pessoais com responsabilidade social, com o propósito de construir um futuro considerado mais saudável (Carvalho, 2004; Ferreira, Castiel & Cardoso, 2011).

Soalheiro (2012), ao buscar contextualizar historicamente o movimento social de usuários e familiares no campo mais geral do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, com base no conceito de empoderamento, suas estratégias e complexidades, discute a importância do protagonismo de usuários e familiares, seu pensamento político, sua agenda de defesa de direitos. Afirma, apoiada em Vasconcelos (2008) e Rotelli (2008), que as estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização – nos planos pessoal, grupal, institucional e na sociedade em geral – contribuem para a construção de sujeitos e coletivos comprometidos com a transformação social. Soalheiro ressalta, em especial para a saúde mental, a importância de políticas públicas voltadas para sujeitos, e não mais usuários passivos.

Alguns autores, no entanto, sem deixar de reconhecer as contribuições referentes aos esforços para o bem comum, apontam algumas contradições desse "ideário promocional da saúde", tecem críticas a um modelo de promoção à saúde homogeneizante e neoliberal, no qual as verdades são produzidas e legitimadas de acordo com a lógica do poder hegemônico (Ferreira, Castiel & Cardoso, 2012).

Ferreira, Castiel e Cardoso (2012) apresentam as diferentes abordagens de promoção da saúde como expressão dessas dúvidas e incertezas e afirmam que a Nova Promoção da Saúde atenua a ênfase da abordagem comportamentalista na mudança de estilos de vida e nos fatores de risco como elementos direcionadores das ações em saúde. Entretanto, a intensa busca de consenso e a ligação visceral com o Estado, que seriam suas marcas, de certa forma, enfraqueceriam-na como veículo de transformação social. A imprecisão e a obscuridade que lhes seriam inerentes têm contribuído tanto para a renovação do pensamento sanitário internacional quanto para a manutenção da ordem social neoliberal.

De acordo com Lupton (2003), as noções particulares de saúde estão relacionadas predominantemente aos ideais neoliberais de cidadania, hedonismo e identidade pessoal. As técnicas de governo e os saberes atuam nesse contexto político, influenciando as subjetividades e as produções dos corpos. O neoliberalismo reafirma princípios liberais clássicos, tais como a ideia de que cidadãos são atores racionais, autônomos e que o Estado deve evitar a intervenção excessiva nos assuntos privados e no bem-estar individual.

A radicalidade da diferença entre *prevenção* e *promoção* raramente é afirmada e exercida de modo explícito. Além disso, o conceito de promoção da saúde abrange um espectro amplo de técnicas, estratégias e políticas que incluem posturas tanto conservadoras quanto radicais. Portanto, compreender a linha divisória entre esses termos é um desafio. A promoção da saúde tem um enfoque mais amplo, pois

procura identificar e enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, buscando transformá-los na direção da saúde, isto é, modificar as condições de vida para torná-las adequadas e dignas, bem como os processos individuais de tomada de decisão para que sejam favoráveis à saúde. Em contrapartida, a prevenção está mais voltada para ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de grupos de enfermidades, reduzindo a incidência e prevalência de doenças nas populações. Seu foco é, portanto, na doença e nos mecanismos para atacá-la, e seu objetivo principal é a ausência de doenças. Os projetos de prevenção e educação em saúde, desse modo, são estruturados "mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos" (Czeresnia, 2003: 45).

Para compreender a tênue diferença entre promoção e prevenção, há que se considerar que só é possível elaborar e operacionalizar práticas de saúde por meio da transformação de concepção de mundo, ainda que tanto promoção quanto prevenção façam uso do conhecimento científico. Como afirma Czeresnia (2003: 51), "pensar na possibilidade de estimular uma autonomia que potencialize a vitalidade (saúde) dos sujeitos envolveria transformações profundas nas formas sociais de lidar com representações científicas e culturais como o risco".

## PREVENÇÃO E RISCO EM SAÚDE: SOB O IMPERATIVO DO ANTISSEDENTARISMO

De acordo com dados publicados em 2010, 3,2 milhões de mortes por ano no mundo são atribuídos à inatividade física ou "atividade física insuficiente" – outro termo recorrente nos documentos do Ministério da Saúde no Brasil. O sedentarismo é o quarto maior fator de risco de mortalidade global, responsável, pelo menos, por 21% dos casos de tumores malignos na mama e no cólon, 27% dos registros de diabetes e 30% das queixas de doenças cardíacas (WHO, 2010).

Sem negar a importância dos dados, importa refletir, entre outras questões, sobre os seguintes pontos:

1) Os motivos pelos quais as pessoas são sedentárias – identificá-los é essencial para planejar as práticas nos territórios – as que já existem e as que ainda estão por serem inventadas –, compreender as histórias de vida dos usuários, pensar as formas e oportunidades de cuidado a serem oferecidas e as condições de possibilidade de emergência de novas práticas.
2) Se as pessoas de fato são sedentárias, considerando-se as imprecisões referentes aos parâmetros definidores do que se convencionou chamar de sedentarismo, como se verá mais adiante.
3) A forma pela qual se chega aos resultados numéricos para classificar alguém como sedentário.

4) Se a forma mais potente de corresponsabilizar as pessoas é o discurso no qual elas são culpabilizadas em função de um mesmo padrão – corporal e comportamental – desconsiderando-se não somente os diferentes contextos, singularidades e direito de escolhas, mas também a construção dos vínculos, relações e projetos terapêuticos singulares (PTSs) como fatores fundamentais.

No Brasil, de acordo com a divulgação, por parte do Ministério da Saúde, dos resultados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), referente a 2015, 16% da população adulta brasileira não pratica qualquer tipo de atividade física, seja no trabalho, nos deslocamentos, em atividades domésticas, seja em seu tempo livre. O ministério segue as recomendações internacionais, que consideram como atividade física suficiente no tempo livre, aquela realizada em 150 minutos semanais com intensidade leve ou moderada, ou em, no mínimo, 75 minutos semanais com intensidade vigorosa. São classificadas como intensidade leve ou moderada as seguintes atividades: caminhada, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol, enquanto as atividades de corrida, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis são classificadas como intensidade vigorosa (Brasil, 2011b, 2017; WHO, 2010; Nahas, 2001; Guedes, 2004; Pate *et al*., 1995; Matsudo, 1999; Hallal *et al*., 2012).

Entretanto, os argumentos presentes em alguns estudos epidemiológicos acerca do paradoxo sedentarismo/estilo de vida saudável já vêm sendo criticados há algum tempo por alguns analistas do campo. Esses autores, revelando as disparidades e incongruências referentes aos valores de sedentarismo encontrados em pesquisas científicas, apontam para a hegemonia de uma racionalidade preventivista e reducionista, produtora de ideologias e políticas homogeneizantes, que têm repercussões sobre o corpo, os discursos e as práticas de intervenção em saúde, como é o caso da educação física (Bagrichevsky, Estevão & Palma, 2003; Fraga, 2006; Ferreira & Castiel, 2009; Ferrerira, Castiel & Cardoso, 2012; Palma & Vilaça, 2010; Castiel, Sanz-Valero & Vasconcellos-Silva, 2011).

Algumas informações paradoxais, relatadas por Palma e Vilaça (2010), são percebidas, por exemplo, ao se confrontarem medições realizadas com o uso de diferentes critérios/indicadores/instrumentos. Foi possível constatar que indivíduos classificados como sedentários, segundo as recomendações internacionais, costumam apresentar diferentes resultados/valores de sedentarismo, de acordo com o critério utilizado. Para os autores, o conceito é vulgar, isto é, impossível de ser apreendido com precisão, devido às relativizações e complexidades que lhe são inerentes.

Palma e Vilaça constataram ainda que alguns estudos epidemiológicos, além de considerarem o termo de forma simplista, não oferecem provas sólidas e irrefutáveis, merecendo, pois, questionamentos acerca da ideia disseminada de uma *epidemia do sedentarismo*. Concluíram que esses estudos se apoiam em medidas

duvidosas, integram um processo de normatização dos indivíduos, carregando, em seus achados, um caráter moralizador.

Mira (2003), procurando refletir sobre conceitos e fundamentos que sustentam a afirmação de que o exercício físico constitui um fator de saúde e prevenção de doenças – benefício esse exclusivo do exercício físico sistemático, não decorrente de qualquer atividade física e/ou recreativa –, expõe algumas premissas problemáticas que, em um primeiro momento, podem parecer evidentes, mas que comprometem a validade da maioria dos estudos que indicam uma relação causal positiva entre atividade física e saúde. Segundo o autor, tais estudos revelam grandes problemas conceituais e metodológicos, o que permite afirmar que muitas dessas correlações estão fundamentadas apenas em um critério probabilístico de causalidade e situadas na denominada epidemiologia dos fatores de risco, ironicamente conhecida pelos críticos como "epidemiologia da caixa-preta", e não em teorias corroboradas. Mira afirma que, de maneira geral, parece ser a saúde que conduz à atividade e ao exercício físico, e não o contrário.

As circunstâncias definidoras do que se conhece como indivíduo sedentário se pretendem universais e aplicáveis a qualquer um, independentemente de suas subjetividades e do contexto social no qual ele se encontra inserido. Assim, um comportamento associado a um estilo de vida prejudicial à saúde, como é o caso da atividade física insuficiente/sedentarismo, pode ser considerado intencional, já que se parte do pressuposto de que todas as pessoas detêm o controle da vontade e liberdade (sempre possível) de escolha.

Ferreira, Castiel e Cardoso (2012) estudaram o processo de patologização do sedentarismo e seus desdobramentos para a saúde pública, analisando a forma pela qual o modelo biomédico funciona como base para a transposição de aspectos da conduta humana, fator de risco e patologia, como no caso da "síndrome da morte sedentária". Em estudo das repercussões dessa visão no campo da saúde, especificamente em um programa institucional, constataram, por meio de análise de suas comunicações veiculadas em mídias, bem como em produções científicas, que o sedentarismo é transformado em doença, e a atividade física é indicada como remédio extensivo a todas as dimensões da vida, transformada, nas palavras dos autores, em "vacina para o corpo social".

O sedentarismo é apresentado na contemporaneidade como uma metáfora da intolerância, preguiça e falta de cuidado com a própria pessoa, e a prática regular de exercícios físicos ao longo da vida é apontada como a principal saída para a diminuição do quadro de doenças crônico-degenerativas nas populações. Esse imperativo moralizante é expresso por meio de diversas normas comportamentais, na busca de se promover uma boa saúde, estimular ambientes saudáveis e diminuir os gastos na assistência à saúde (Palma & Vilaça, 2010).

Ao tratar das funções políticas do discurso sobre o risco na saúde pública, Lupton (1993) afirma que a noção de risco em saúde funciona como uma tecnologia

moral, que padroniza propostas de intervenção a partir de uma homogeneização falaciosa no nível da população. Desse modo, o conceito de risco não deve ser entendido como um termo neutro, mas sim como um construto cultural central, já que é ideologicamente localizado.

Lupton descreve a construção do discurso sobre o risco em saúde segundo duas abordagens: 1) a dos riscos externos, que diz respeito aos possíveis perigos advindos de problemas ambientais, sobre os quais o indivíduo tem pouco controle, como a poluição ou os desastres nucleares, e que geram sentimentos de ansiedade, impotência e revolta da população contra as autoridades governamentais – nesses casos, a resposta por parte das autoridades é geralmente voltada a minimizar e apaziguar a reação da comunidade; 2) a dos riscos internos, que se refere à retórica da promoção da saúde, apresentando os riscos como consequências do estilo de vida escolhido, enfatizando o controle e a gerência dos indivíduos sobre seus próprios riscos em saúde (denominado *self-control*).

Nessa lógica, o indivíduo deve mudar o comportamento ao avaliar seus riscos. As estratégias de promoção da saúde têm como objetivos conscientizar acerca dos perigos potenciais advindos das escolhas de certos estilos de vida e motivar os indivíduos a aderirem às ações de promoção da saúde na busca por um estilo de vida considerado mais saudável. Isso não significa que estratégias propositivas para manter e melhorar a vida e a saúde não sejam necessárias, mas o problema consiste na imposição, no imperativo da mudança, via escolhas (sempre possíveis e dependentes apenas da força de vontade pessoal) de um estilo de vida que seja fisicamente ativo.

Conforme Lupton (1993), as propostas dominantes para uma vida mais saudável, levam os que não seguem os preceitos dessa retórica promocional da saúde, a um deslocamento da condição de *indivíduos sob risco* para a de *indivíduos que colocam outros em risco*. Assim, o discurso do risco de estilo de vida, ao mesmo tempo, distorce a ideia de que as ameaças à saúde nas sociedades pós-industriais encontram-se fora do controle do indivíduo e deposita sobre ele a responsabilidade de evitar os riscos à saúde.

A autora salienta a necessidade de contribuições de estudos qualitativos e de interfaces com a sociologia, a antropologia e a filosofia, para problematizar as definições de risco como ferramentas conceituais de reprodução social e examinar criticamente os sentidos e usos do discurso do risco. Isto é, deve-se analisar o risco não como um conceito neutro e/ou mensurável de forma simples. Para além da pressuposição do sedentarismo como fator de risco para diversas doenças, é necessário discutir essa ideia e as repercussões sobre as formas pelas quais vem sendo transformada em patologia e medicalizada, ainda que não necessariamente por meio de medicamentos.

De acordo com Castiel, Sanz-Valero e Vasconcellos-Silva (2011), quando se fala nos riscos via autoridade científica, o debate político se esvazia. Para os autores, o controle meticuloso dos riscos à saúde é utilizado como meio de se evitar um estado

de não saúde. Nessa lógica, as soluções privadas tomam a face de uma panaceia engendrada pelo progresso científico, veiculando a fé na *salvação* pela saúde, através das virtudes – prudência, justiça, temperança e fortaleza. Haveria, assim, uma liturgia e um conteúdo religioso de fundo cristão modelando os discursos da promoção da saúde, que incentivaria cada indivíduo a tornar-se "um fiel cidadão epidemiologicamente ativo", cuja maior tarefa é controlar a sua vida conforme cálculos e escolhas racionais orientadas para uma "hiperprevenção" gerenciada pelo "epidemiopoder".

Dessa forma, fortalecer a dimensão política é discutir a promoção individualista da saúde e seus efeitos paradoxais; é problematizar ideologias e lógicas socialmente construídas de reprodução de comportamentos no âmbito da saúde. Trata-se de analisar as repercussões da crença no estatuto de verdade detido pelo saber científico sobre a saúde das pessoas e as decisões do campo da saúde coletiva referentes às práticas corporais, seus discursos legitimadores dos riscos em saúde, decorrentes do sedentarismo/atividade física insuficiente (Castiel, Sanz-Valero & Vasconcellos-Silva, 2011).

Pensando no corpo, conforme Montagner (2006: 518), como "suporte de uma construção identitária realizada pela estrutura social sobre a pessoa", é possível ainda fazer algumas indagações sobre as formas pelas quais as práticas corporais vêm se configurando em relação à promoção da saúde no âmbito da saúde pública: 1) há possibilidades de liberdades por meio de algumas dessas práticas? 2) De que liberdades estamos falando? 3) Práticas corporais podem facilitar processos de recriação do sujeito? 4) Quais os discursos legitimadores das práticas corporais no SUS? 5) Qual a relação do risco com as políticas de saúde referentes às práticas corporais? Essas questões, apesar de não serem respondidas completamente neste capítulo, inspiraram a sua construção e vêm contribuindo para reflexões sobre possibilidades de práticas não prescritivas, como veremos a seguir.

## PRÁTICAS CORPORAIS POTENCIALIZADORAS: ENCONTROS, FLUXOS E AFETOS

Soalheiro (2004), no campo da reforma psiquiátrica, se refere à desinstitucionalização como um processo de desconstrução da doença como codificação das experiências de sofrimento e das instituições produzidas a partir dessa concepção. Para superar a tendência institucionalizante, teríamos que construir, segundo a autora, uma prática que crie fatos, acontecimentos, espaços de expressão e criação dentro da estrutura coletiva do serviço, favorecendo a convivência e a troca de experiências, num esforço incessante de superação dos vícios institucionais. A tendência do trabalho para a alienação e o uso de recursos apenas para manutenção da ordem produziriam cronicidade de profissionais e pacientes. Por isso, a importância de práticas que produzam transformações na rotina dos usuários e do serviço, sempre na direção de buscar a autonomia, superar as vulnerabilidades e evitar a dependência crônica com a instituição. Para tanto, devemos atuar no sentido da politização e revitalização do espaço coletivo, onde cada um possa dar a sua contribuição e participar ativamente do processo.

As reflexões desenvolvidas aqui buscam ajudar aqueles que trabalham com o corpo na atenção básica a criar novas práticas corporais que não sejam a reprodução de normatizações. Para isso, tomamos a "Síntese metodológica", construída por Lancetti (2002) para o pioneiro Projeto Qualis em São Paulo, como inspiração para a forma em que as apresentamos nesta seção. Conforme já destacado, são possibilidades de práticas corporais não prescritivas, que podem configurar um campo de resistência ao instituído,[2] coerentes com a desinstitucionalização como eixo do cuidado em saúde mental na atenção básica.

As proposições e apontamentos que se seguem são, sobretudo, sobre a potência de práticas corporais não prescritivas, e como podem constituir uma abordagem possível para o sofrimento psíquico na atenção básica:

1) O termo *potencializar*, que inspirou a reflexão de práticas não prescritivas é utilizado aqui para designar a capacidade de (re)invenção constante do sujeito, sua potência de agir e de afirmar a vida. Num movimento de resistência às dominações presentes na sociedade de consumo, ao esvaziamento das sensações do corpo – tão comum na contemporaneidade – e de desconstrução da fixidez, podemos criar práticas corporais que possibilitem ao corpo viver as experiências sensíveis da existência (Borges, 2009) – potência de agir pelo poder de afetar e de ser afetado. Potência de (re)construção constante de si mesmo.

Essa fixidez se refere a uma complexa rede de regulamentações destinadas cotidianamente aos indivíduos e grupos, no contexto do capitalismo neoliberal globalizado. Tais normatizações e apropriações de modos singulares de sentir e perceber o mundo criam uma espécie de anestesiamento e esvaziamento do corpo e, em decorrência, impedimentos à expansão da vida, daí um corpo esvaziado de força erótica, colonizado, invadido em sua privacidade.

Para o filósofo Espinosa, a potência está relacionada à afirmação da existência, na qual poder existir é potência, força de existir que todos possuem – que pode aumentar ou diminuir a partir dos encontros que fazemos ao longo da vida (Schöpke, 2004, 2012). Segundo essa concepção, há um paralelismo entre corpo e pensamento, e não um domínio de um sobre o outro. O que define um corpo é o poder de afetar e de ser afetado, e não a sua forma ou órgãos, que se apresenta como potência para agir. Cada indivíduo, então, é um grau de potência, dependendo dos encontros, agenciamentos e combinações que realiza: ora bons – despertando paixões alegres através do encontro com um corpo que convém à nossa natureza; ora ruins – despertando paixões tristes, impotência (Deleuze, 2002).

É possível construir, nessa perspectiva, práticas corporais – individuais ou grupais – na atenção básica. Em vez do uso do corpo de acordo com normatizações disciplinares contemporâneas via práticas modelizadoras de um corpo/saúde

[2] Cf. o trabalho de conscientização do movimento desenvolvido na Faculdade Escola Angel Vianna, no Rio de Janeiro, e a tese produzida por Borges (2009).

idealizado e, portanto, inatingível, é possível desenvolver, por meio de práticas corporais não prescritivas, processos de transformação e construção constante de si, novos movimentos e reflexões, potencialização de vida e saúde.

Em síntese, tais práticas enfatizam alguns aspectos sempre interrelacionados:

- As percepções sutis e prazerosas dos corpos e experiências sensíveis, por meio de técnicas de conscientização do corpo e do movimento, com usos possíveis de objetos, diferentes sonoridades e partes do corpo.
- As práticas que envolvem a conscientização do corpo e do movimento se dão, preferencialmente, via experiências grupais, para viabilizar contágios e processos de criação coletiva, através de bons encontros.
- O trabalho de investigação do movimento humano, com o objetivo de conhecer limites e possibilidades de realização de diferentes movimentações e usos dos corpos nos espaços.
- A utilização ou não de temas disparadores (concretos e abstratos), escolhidos e construídos pelo grupo, bem como o uso de diferentes partes do corpo, buscando a criação do novo, de novos espaços corporais, novos movimentos e novas reflexões.
- Trabalhos corporais que permitem estados de presença e atenção voltados aos movimentos sutis do corpo e o acesso às condições sensíveis a partir da experienciação de seus movimentos e ritmos.
- Processos de desconstrução do atrelamento do prazer somente ao que é conhecido e codificado, viabilizando uma abertura do corpo para o outro e uma mobilidade corporal passível de novos posicionamentos, posturas e produções de vida.

2) Essas práticas corporais buscam micropoliticamente, via corpo-pensamento, terapêuticas implicadas em produções de vida libertárias, amorosas e inventivas que possam contribuir para a produção de saúde. Nas palavras de Baremblitt (2010: 11), fazendo referência a algum livro de Guattari, passíveis de promover "uma nova suavidade". A micropolítica na produção do cuidado em saúde se refere a uma concepção singular do corpo e do sujeito, aos efeitos dos processos de subjetivação – entendidos como conjuntos de fenômenos e práticas capazes de modificar conceitos, afetos e percepções e ativar estados. A micropolítica busca a desindividualização, isto é, encontrar os processos de subjetivação que devem ser desmontados, para construirmos o novo, o que está emergindo de forma inédita, segundo explicam Deleuze e Guattari (1992).

Dessa forma, a capacidade principal do pensamento, que se dá via corpo-pensamento, é produzir, criar novos mundos e novas maneiras de ser e de sentir, potencializando a vida, ao contrário da reprodução/cópia e captura do indivíduo

inserido em uma lógica coerente com o poder hegemônico. Tal potencialização ocorre a partir da criação de algo novo e transformador, pela produção do corpo, ou também como propõe Baremblitt (2010), por meio da potência atribuída à produção artística, em sintonia com uma lógica que entende o desejo como produção de vida, como algo imanente, e não como algo que está sempre em falta, que transcende o sujeito, algo idealizado e inalcançável. A inscrição de um corpo-pensamento pode se dar por meio do trabalho de conscientização do movimento, da produção de novos posicionamentos do corpo no mundo. De acordo com essa concepção, as práticas corporais têm potencial terapêutico e poderão ser usadas pelos trabalhadores da saúde como forma de cuidado em saúde mental.

3) As práticas corporais se constituirão como novos arranjos e serviços de saúde em um "território vivo", composto pelas dimensões física, simbólica (aspectos sociais e econômicos) e existencial (modos pelos quais o território ganha sentido a partir das diferentes histórias de vidas). Tais dimensões correspondem ao tempo, à matéria e ao espaço com os quais se produzem subjetividades, entendidas como uma construção contínua e como acontecimento coletivo, social, e não como algo imutável e individual. Nessa lógica de território vivo, em vez de simplesmente reduzirmos nosso entendimento sobre os acontecimentos das vidas dos indivíduos a categorizações preestabelecidas, buscamos oferecer a cada sujeito uma escuta capaz de acolher a sua compreensão sobre as diferentes maneiras de pensar e viver de cada um e promovendo transformações. Ao modificar subjetividades, também provocaremos mudanças importantes no território, visando a encontrar, além dos pontos físicos, áreas de vulnerabilidade e doenças comuns, as dimensões afetivas e seus sentidos, para trabalharmos justamente com as potencialidades de cada território (Santos, 1994; Deleuze & Guattari, 1992; Ministério da Saúde, 2013).

Assim, por exemplo, quando abordarmos um indivíduo, ou um grupo familiar, em um primeiro momento, iremos nos dispor a conhecê-lo: como ele se compõe e funciona, como se relaciona com os outros, com a comunidade, quais os elementos que se repetem nessa dinâmica de relações, como entende seu corpo e como faz uso desse corpo no cotidiano; como é seu dia a dia, quais as tarefas cotidianas, quais as queixas, demandas, quais as práticas corporais que realiza ou que já experienciou, quais os gostos e preferências. Afinal, ao trabalhar com práticas corporais, podem-se modificar subjetividades e corpos.

Queremos ressaltar que há visões construídas a respeito do processo saúde-doença, cercadas de moralismos e estereótipos, que são sempre formas reduzidas, simplistas e, por vezes, tirânicas de entender as relações humanas, o mundo. É possível notar essas visões, por exemplo, nas incontáveis normatizações a serem seguidas em busca de um *estilo de vida positivo e saudável*. A própria expressão já apresenta problemas quando começamos a entender que cada um tem diferentes formas de viver, de se relacionar com seu corpo e, portanto, o que pode ser positivo para uma pessoa pode não ser para outra. Tais moralismos, como pudemos discutir ao longo deste capítulo, podem gerar

um ambiente riscofóbico – de aversão ao risco – e a ilusão de controle absoluto de todos os riscos. Assim como gerar sofrimento, culpa e ansiedade em pessoas que não conseguem, por diversos motivos relacionados aos seus contextos e histórias de vida, se adequar às normas, padrões e modelos de vida supostamente saudáveis, incluindo-se aí as *receitas de bolo* relacionadas às práticas corporais/atividades físicas, alimentação, dentre outras, muitas dessas descontextualizadas e referentes a padrões estrangeiros.

4) A saúde, coerente com uma perspectiva ampla, deverá ser entendida como possibilidade de experimentar a vida considerando-se sua constante variabilidade, instabilidade e desvio à norma, ao padrão imposto; e a doença, por sua vez, como uma experiência amparada nas relações com os outros. De acordo com essa compreensão, um coletivo ou um indivíduo se apropria de sua capacidade de existir em continuidade com o mundo, isto é, "na capacidade singular de encontrar no mundo apoio para seus processos vitais" (Borges, 2009: 187). Essa experiência de reinventar-se é, portanto, possibilitada pelos desvios necessários ao instituído, ampliando e incentivando variadas possibilidades de existência (Borges, 2009; Rotelli, 2008).

Com uma abordagem crítica do corpo e do movimento, busca-se um corpo biopotente e, nas palavras de Borges (2009), "corajoso", isto é que desconstrói a vinculação do prazer a tudo o que é codificado, conhecido, padronizado, normatizado, ao que lhe é *familiar*. Isso pode ser entendido como biopotência ou a condição sensível do corpo em inventar-se, criando novas leituras da realidade possibilitadas pelos desvios estabelecidos às formas de sujeição reguladas pelo biopoder. Portanto, restaurar a capacidade crítica, em um contexto biopolítico, é resultado de um pensamento em movimento, de um corpo capaz de enfrentar e suportar as adversidades, e a partir delas produzir novos mundos possíveis (Pelbart, 2007).

5) Em um trabalho de movimento corporal, que propicie a valorização das condições sensíveis do corpo, por meio do uso dos prazeres, as interações de corpos permitem contágios que possibilitam o fortalecimento das potências de cada corpo. Nesses contágios e interações, há um processo de abertura do corpo do indivíduo para si e para o outro.

A abertura do corpo para o outro e a mobilidade corporal passível de encontros e fluxos, presentes nas práticas corporais potencializadoras, viabilizam o pensamento como criação, como capacidade inventiva contínua/constante de existência do ser, isto é, como *experiência do devir*. Para Baremblitt (2011, 2010), o ser é devir. O devir se refere à transformação e reage contra a opressão. Assim, a transformação, chamada devir, é o ser – o ser sempre diferente de si mesmo, visto que as repetições são sempre diferentes. Segundo Borges (2009), essa abertura do corpo se torna uma forma de existência que pode ser provocada pelos sentidos na troca com o mundo.

A partir de experimentações corporais, nas quais são desenvolvidos métodos para vivenciar movimentos e ritmos, são produzidos estados de presença em que a atenção

é ativada para os micromovimentos do corpo, em encontros, colocando o coletivo em foco. Isso torna possível a construção de uma "perspectiva crítica que aciona o movimento ao pensamento", possibilitando uma reconstrução constante de indivíduo (Borges, 2009: 190).

Práticas corporais realizadas a partir da consideração do corpo em sua qualidade sensível, de seus processos de erotização, bem como de seu repensar teórico, viabilizam um campo de afetação, intensivo, atravessado pelo coletivo e gerador de um saber no qual o psiquismo é encarnado (Borges, 2009; Gil, 2001).

Práticas corporais não prescritivas podem ser entendidas como possibilidades de promoção da saúde via movimento, comprometidas com propostas éticas e humanizadoras. Tais práticas dialogam com os campos da saúde, arte e educação e pretendem, em suas intervenções, produzir novas formas de existência, propiciar, por meio de um pensamento-corpo, a criação constante de si. Mas, sobretudo, mantendo uma atitude contra-hegemônica, a partir do sensível e ativando, nos modos de Nietzsche e Espinosa, a potência de existir como forma de resistência.

## SUGESTÕES DE LEITURA

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. & ESTEVÃO, A. *A Saúde em Debate na Educação Física*. Blumenau: Edibes, 2003.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R. & FERREIRA, M. S. *Correndo o Risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SCHÖPKE, R. *Por uma Filosofia da Diferença: Gilles Deleuze, o pensador nômade*. Rio de Janeiro, São Paulo: Contraponto, Edusp, 2004.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N.; CASTIEL, L. D. & AYRES, J. R. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Coletiva*, 5(3): 323-344, 2009.

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. & ESTEVÃO, A. *A Saúde em Debate na Educação Física*. Blumenau: Edibes, 2003.

BAREMBLITT, G. *Introdução à Esquizoanálise*. Belo Horizonte: Fundação Gregório Baremblitt, Instituto Felix Guattari, 2010.

BAREMBLITT, G. As cinco klínicas. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ESQUIZOANÁLISE E ESQUIZODRAMA: "SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS – POR UMA NOVA TERRA, POR UM POVO POR-VIR", III, 2011, Belo Horizonte.

BORGES. H. M. O. C. *Sobre o Movimento: o corpo e a clínica*, 2009. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 218, de 6 mar. 1997. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 83, p. 8.932-8.933, 1997. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 jan. 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 43, p. 38-42, 2008. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao_efetividade_progr_at_fisica_brasil.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. *Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In:* CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G. W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 669-678, 2004.

CASTIEL, L. D. Quem vive mais morre menos? *In*: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. & ESTEVÃO, A. (Orgs.). *A Saúde em Debate na Educação Física*. v. 1. Blumenau: Edibes, 2003.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R. & FERREIRA, M. S. *Correndo o Risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J. & VASCONCELLOS-SILVA, P. R. *Das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In:* CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DELEUZE, G. *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *O Que É a Filosofia?* São Paulo: Editora 34, 1992.

FERREIRA, M. S. & CASTIEL, L. D. Which empowerment, which health promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1): 68-76, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 ago. 2012.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D. & CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde: contradições de um programa institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, supl. 1: 865-872, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 ago. 2012.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder.* 26. ed. São Paulo: Graal, 2008a.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2008b.

FRAGA, A. B. *Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Campinas: Autores Associados, 2006.

GIL, J. *Movimento Total: o corpo e a dança.* Lisboa: Relógio d'água, 2001.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografia do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUEDES, D. P. Atividade física habitual e aptidão física em adolescentes. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(2): 23-25, 2004.

HALLAL, P. C. *et al*. Physical activity: more of the same is not enough. *The Lancet*, 380(9.838): 190-191, 1992. Disponível em: <www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)61027-7.p>. Acesso em: 31 jul. 2012.

LANCETTI, A. Síntese metodológica. *In*: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura 7: saúde mental e saúde da família*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

LAZZAROTTI FILHO, A. *et al*. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da educação física. *Movimento*, 16(1): 11-29, 2010.

LUPTON, D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *Internacional Journal of Health Services*, 23(3): 425-435, 1993.

LUPTON, D. Desenvolvendo-me por inteiro: cidadania, neoliberalismo e saúde contemporânea no currículo da educação física. *Movimento*, 9(3): 11-31, 2003.

MARCUSE, H. *Eros e Civilização: uma interpretação filosófica do pensamento de Freud*. 8. ed. São Paulo: Guanabara-Koogan, 1998.

MATSUDO, V. Vida ativa para o novo milênio. *Revista Oxidologia*, 8(5): 18-24, 1999. Disponível em: <http://celafisc.com.br/>. Acesso em: 13 jun. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Território e cartografia: operacionalizando conceitos. *In*: *Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da atenção básica*. Texto de apoio n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno do Tutor). Disponível em: <www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/09/caderno_tutor.pdf>. Acesso em: fev. 2017.

MIRA, C. M. Exercício físico e saúde: da crítica prudente. *In*: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. & ESTEVÃO, A. (Orgs.). *A Saúde em Debate na Educação Física*. Blumenau: Edibes, 2003.

MONTAGNER, M. A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2): 515-526, 2006.

NAHAS, M. V. *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida mais ativo*. Londrina: Midiograf, 2001.

PALMA, A. & VILAÇA, M. M. O sedentarismo da epidemiologia. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 31(2): 105-119, 2010.

PATE, R. *et al*. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama*, 273: 402-407, 1995.

PELBART, P. P. Cartografias biopolíticas. *Sala Preta*, 7: 57-66, 2007.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. *In*: AMARANTE, P. *et al*. (Orgs.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps/Fiocruz, 2008.

SANTOS, M. *Território, Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHÖPKE, R. *Por uma Filosofia da Diferença: Gilles Deleuze, o pensador nômade*. Rio de Janeiro, São Paulo: Contraponto, Edusp, 2004.

SCHÖPKE, R. Estética da existência. Rio de Janeiro, 2012. (Notas de aula do curso na Casa do Saber).

SOALHEIRO, N. I. As oficinas e o ofício de cuidar. *In*: COSTA, C. M. & FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

SOALHEIRO, N. I. Política e empoderamento de usuários e familiares no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8): 30-44, 2012.

TUILLANG, Y. & KARMY, R. *Biopolíticas, Gobierno y Salud Pública: miradas para un diagnóstico diferencial*. Santiago: Ocho Libros Editores, 2014.

VASCONCELOS, E. M. *Abordagens Psicossociais*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global recommendations on physical activity for health, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2012.

# 6

# Saúde Pública, Saúde Mental e a Lógica Ampliada da Redução de Danos

*Sergio Alarcon*

Para que possamos entender a lógica que articula atenção básica, saúde mental e redução de danos, assim como a implantação coerente de seus equipamentos, utilizamos como estratégia o resgate de algumas ideias essenciais.

Como se trata de uma problemática complexa e como não teríamos, obedecendo aos parâmetros desta publicação, espaço adequado, não pretendemos aqui maior profundidade, apenas aquela possível para melhor inteligibilidade do contexto contemporâneo da saúde pública.

O capítulo constitui, assim, um recorte parcial que tem como objetivo geral, além de um certo didatismo ao favorecer a estruturação de possíveis caminhos para estudos posteriores, facilitar aos profissionais da saúde uma espécie de guia para suas ações cotidianas.

Há, no entanto, também outro objetivo, talvez mais fundamental e pretensioso: levar aos leitores contornos de uma maneira de pensar. Esses contornos são eminentemente teóricos (ou conceituais), mas não se deve imaginar que a teoria pode ser *abstrata* e sem relação com a prática. A teoria não expressa, não traduz, não efetua uma prática; ela é uma prática. É como uma caixa de ferramentas: é preciso que sirva, que funcione. Por isso, com as definições conceituais, o que mostramos é como a atenção básica, a saúde mental e a redução de danos nos servem – ou nos deveriam servir – e como funcionam – ou funcionariam melhor – segundo determinados parâmetros.

## O SETOR SAÚDE ANTES DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

Dentre tantos conceitos e ideias importantes que foram e continuam a ser produzidos pela Reforma Sanitária, selecionamos um que talvez seja o pano de fundo que torna inteligível todo o sistema, embora pareça óbvio: o conceito de saúde.

Antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) – em especial nos anos que compreenderam o período de ditadura militar –, pelo termo saúde entendia-se, basicamente, a ausência de doença. Essa definição, proposta em 1977 pelo filósofo estadunidense Christopher Boorse (Almeida Filho & Jucá, 2002), tornou-se comum e ainda podemos percebê-la culturalmente hegemônica no Brasil.

Saúde como ausência de doença não é apenas uma definição aparentemente simples, mas é, também, objetiva, na medida em que torna possível relacionarmos ao termo doença certas alterações orgânicas com causa identificável nas lesões características, percebidas em observações clínicas e visíveis pela pesquisa anatomopatológica.

É essa objetividade que permite aos médicos identificar, com certo rigor, as *doenças*, entendê-las através de seus vínculos causais (cada doença tem suas causas ou seus *agentes etiológicos*) e, assim, identificar seus efeitos por meio de sinais, sintomas e lesões características associadas (embora raramente sejam patognomônicas).[1]

É assim que a medicina científica pode chamar de doença um acontecimento no qual é possível identificar sinais e sintomas característicos, lesão específica no órgão acometido e causa identificada (por exemplo, presença de sinais e sintomas, como tosse por mais de duas semanas, produção de catarro, hemoptise, febre, sudorese, cansaço, dor no peito, falta de apetite, emagrecimento, com evidência de lesão da estrutura alveolar e formação de *cavernas*, são características da tuberculose pulmonar, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o bacilo de Koch). Doença, portanto, é uma palavra utilizada para expressar objetivamente uma alteração biológica que acomete um órgão ou organismo, de forma plenamente identificável e quantificável, cuja causa (ou etiologia) não é apenas possível de ser desvelada,como é necessária para o processo de restituição da saúde.

A essa ideia de saúde e doença, liga-se a especificidade profissional daqueles aptos a desempenhar as intervenções técnicas para a obtenção da *cura* (médicos, enfermeiros etc). Cura que nada mais é que o retorno ao estado considerado ideal de *ausência de doença*.

Usando o exemplo anterior, a cura se diz a partir de uma série de eventos, mais ou menos sequenciais, na qual um profissional de saúde específico (o médico) consegue identificar com exames clínicos e laboratoriais a doença e sua causa, aplicando-lhe o tratamento adequado que culmina com a eliminação dos sinais e sintomas, a partir da destruição ou neutralização da causa (no caso do exemplo, o bacilo de Koch).

[1] Sinais, sintomas ou alterações anatomopatológicas que, de maneira exclusiva, identificam uma doença; por exemplo, os corpúsculos de Negri são patognomônicos da raiva.

Por isso o modelo de organização do setor saúde baseado na ausência de doença foi denominado curativista ou médico.[2] Tendo como lógica a ideia de saúde como ausência de doença, o modelo curativista no Brasil se bifurcou em dois eixos gerais:

1) recuperação da saúde – expressou-se prioritariamente nos hospitais gerais, emergências, ambulatórios e afins; teve e tem suas ações voltadas para o indivíduo, é dependente das demandas produzidas pela doença já instalada, e sua meta se limita à obtenção da cura (e corolários, como a mitificação da dor).

2) prevenção da doença – fez-se por meio de campanhas massivas, coletivas (por isso no Brasil foi chamado também de campanhista), visando ao combate de epidemias e ao controle de endemias (como a febre amarela, dengue, malária), através de barreiras físicas ou de vacinações (ex.: contra a varíola ou poliomielite).

Antes do SUS, esses eixos se materializaram dentro do Estado brasileiro não como hoje, em um único órgão (o Ministério da Saúde), mas em dois subsistemas de saúde paralelos, um no Ministério da Previdência (eixo recuperação da saúde) e outro no Ministério da Saúde (eixo prevenção da doença).[3]

A crítica ao modelo curativista e à definição de saúde como ausência de doença se fez em vários sentidos. A mais óbvia diz respeito ao modo negativo da definição (saúde é a não doença), que leva a um pensamento circular (e tautológico) que impede ou dificulta uma proposição positiva do que seria saúde.

Uma outra crítica diz respeito à hipótese de que o conceito de doença é equívoco e dependente do espaço social, exemplificada com mais precisão na cisão encontrada entre o entendimento de doença em um sentido técnico, como *patologia*, e doença em um sentido popular, o *passar mal*. Ou seja, dois sentidos justificáveis para um mesmo fenômeno, podendo gerar dois acontecimentos distintos (a medicina científica e a medicina popular). Como diz a anedota: entramos no consultório médico passando mal e saímos com uma patologia (Helman, 2003). Desse ponto de vista, a expressão da equivocidade do conceito doença se expressa especialmente na própria história da medicina ocidental, basicamente entre as medicinas centradas na doença e as centradas no homem doente. As primeiras baseiam-se em um modelo ontológico de natureza mais frequentemente físico, enquanto as centradas no homem doente baseiam-se em um modelo relacional, que pode ser pensado em termos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos e sociais (Laplantine, 2011).

[2] Não à toa a palavra medicina provém do latim *medeor* (*mederis, mederi*), que significa "dar atenção para", e derivou em "medida adequada para curar"; daí vem a expressão *ars medicinae*, que significa a técnica daquele que pondera e toma as medidas adequadas para curar (Ernout & Meillet, 1951).

[3] Alguns autores sugerem a existência de três subsistemas, fazendo menção àquele que cuidava da saúde do trabalhador (Paim, 2009).

A manutenção exclusiva da definição negativa de doença não tem maiores consequências para um pensador que se preocupe estritamente com a fisiologia ou a biologia dos corpos, mas acarreta sérios problemas para qualquer outro agente de saúde, desde o gestor até o trabalhador da *ponta*.

Apesar de se querer objetiva, essa definição negativa engloba um determinante valorativo – e, portanto, interessado –, na medida em que privilegia uma perspectiva (a biomédica) na organização de todo o setor saúde. As críticas ao modelo médico de organização do setor saúde centram seu foco em geral nas distorções induzidas pelo valor estruturante que a doença (circularmente entendida como ausência de saúde) e o processo até sua eliminação (cura) possuem nesse contexto. Essas distorções levariam a uma série de consequências indesejáveis, como a ênfase excessiva nas chamadas tecnologias duras[4] (inscritas nos produtos dados por máquinas, instrumentos, normas complexas etc.), centradas em especial na produção de diagnósticos médicos (o que, do ponto de vista de gestão, elevaria seu custo), a redução da terapêutica à prescrição medicamentosa ou cirúrgica (ações também custosas e centradas na doença) e a ênfase numa perspectiva de atenção baseada na focalização de resposta a demandas ou, no máximo, na prevenção das doenças, mas sempre excluindo de seu horizonte de preocupações, por exemplo, toda a dinâmica social e subjetiva que dá de fato sentido à existência humana.

Apesar das críticas, a ideia da saúde como ausência de doença se inscreve no modelo médico-científico, tributário da ciência ocidental de modo geral. É por isso que a maneira de pensar da medicina moderna está orientada para a descoberta e a mensuração das informações psicoquímicas do paciente, e menos para fatores de difícil quantificação, tais quais os psicológicos e os socioculturais. O questionamento da hegemonia de princípios como o da saúde entendida como ausência de doença, realizada pela Reforma Sanitária, de fato não desfaz totalmente o modelo científico – e evidentemente não era e não é esse o objetivo –, mas agrega outros parâmetros com os quais uma nova maneira de pensar o binômio saúde-doença se torna possível. O termo que resume essa nova concepção da saúde é *qualidade de vida*: a saúde entendida em sua positividade.

## SAÚDE COMO QUALIDADE DE VIDA

Por ser predicado positivo da ideia de saúde, apesar de sua polissemia, a qualidade de vida é, ao mesmo tempo, processo e avaliação, devir e medida de

[4] Emerson Merhy considera relacional todo o trabalho em saúde, ou seja, decorrente sempre do encontro entre sujeitos (trabalhador e usuário) individuais e coletivos. Com base nessa compreensão, adota três categorias para tipificar as tecnologias de trabalho em saúde: 1) *tecnologias duras*, que dizem respeito às máquinas, aos instrumentos e normas, as quais têm seus produtos programados *a priori*; 2) *tecnologias leve-duras*, que são as do conhecimento técnico (já estruturado – a parte *dura*) aplicado pelo trabalhador (que singulariza o conhecimento estruturado conforme seu *jeito*); 3) *tecnologias leves*, que dizem respeito às relações e que são fundamentais na produção do cuidado (Merhy & Onocko, 1997).

desfecho. No seu conteúdo há aspectos materiais e imateriais. Os aspectos materiais englobam uma variedade de domínios, como as condições de moradia, higiene pública, transporte, trabalho, lazer etc. Os aspectos imateriais, por sua vez, estão incluídos na conceituação adotada pela Organização Mundial da Saúde, como "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHO, 1995: 1.403).

Entender um sistema de saúde baseado na ausência de doença (o conceito de saúde na sua negatividade) é simples, assim como é simples sua organização geral. Ninguém discute que, no caso de agravos específicos à saúde individual, se adote o modelo clássico de obtenção da cura (ausência de doença). Tal modelo pretende necessariamente (já que visa à ausência de doença) oferecer à população serviços preparados para responder a demandas por meio do atendimento médico individual, a fim de tratar as enfermidades e reabilitar os doentes (Mendes, 1996). Inclui, como já dito, equipamentos como os hospitais e corolários (ambulatórios, policlínicas etc.). É um modelo também chamado hospitalocêntrico e medicalizador – o médico é o detentor do *copyright* da cura e o hospital é o lugar por excelência. Contudo, não é tão simples entender um sistema baseado na promoção da saúde como qualidade de vida.

A saúde como qualidade de vida, justamente por não ser apenas ausência de doença, não se submete a uma lógica estritamente médica e hospitalocêntrica objetivando a cura. Mais do que isso, a saúde assim entendida exige um comprometimento territorial de toda a equipe de saúde. Dessa maneira, os serviços baseados na promoção da saúde como qualidade de vida são, necessariamente, comunitários. Precisam vivenciar as singularidades que traduzem de certa maneira as subjetividades daqueles que dão vida a um dado território.

Todavia, se o modelo médico-hospitalocêntrico induziu a institucionalização de elementos, como o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo; o modelo comunitarista sofre o constante risco de produzir uma regulamentação da vida privada sob a autoridade de um suposto bem-estar comunitário entendido como princípio único. Na verdade, o entendimento sobre a ideia de qualidade de vida que leve em conta não apenas seu caráter material, descritível e coletivo, mas também o seu conteúdo imaterial, subjetivo, ajuda a estabelecer uma limitação mútua: o bem-estar coletivo nem sempre coincide com o bem-estar individual.

É importante também ter em conta que a modificação conceitual da saúde (que se torna positiva) não foi absoluta. As figuras do curativismo (e da ausência de doença) não foram conjuradas em benefício de um conhecimento superior ou neutro. A Reforma Sanitária brasileira fez na verdade uma redistribuição na lógica relacional entre os eixos da recuperação e da prevenção, introduzindo um novo eixo, desta vez *transversal*, que cruzou os dois anteriores, modificando-os necessariamente não apenas em sua

hierarquia, mas principalmente em suas perspectivas. Nesse processo de realinhamento, a ideia de saúde como qualidade de vida torna-se a espinha dorsal que dá coerência a todo o sistema e dele faz derivar todas as principais consequências. E a primeira e mais radical consequência diz respeito à destituição da ênfase na cura e corolários (prevenção ou proteção da saúde) de acordo com a maneira de se pensar o sistema de saúde e seus serviços. O sistema de saúde brasileiro tem como meta, se é possível falar assim, cada vez menos curar e cada vez mais promover a saúde dos cidadãos. Quanto mais se promove a saúde, menos há a necessidade de se curar.

## INSTITUIÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não nasceu concebido como parte da tecnologia médica. Antes do século XVIII, era uma instituição que não tinha o objetivo de promover a cura, mas a *boa morte*. No hospital o moribundo era assistido material e espiritualmente, recebia os últimos cuidados e o último sacramento: sua função essencial era instituir a salvação da alma. Apenas em fins do século XVIII, o hospital se transforma em instrumento terapêutico, instrumento de intervenção sobre a doença e o doente, instrumento suscetível de instituir a cura (Foucault, 1988).

Da salvação da alma à instituição da cura, o importante inicialmente é perceber o sentido da palavra instituição. Instituição não significa *a priori* algo ruim, depreciável, intolerável. Instituição significa principalmente criar um meio ou meios propícios à satisfação de algum fim, sendo esse fim algo a ser instituído. O hospital terapêutico inventado em fins do XVIII é o meio ou instrumento (a instituição) por meio do qual a cura (o instituído) torna-se a primeira finalidade.[5] *Grosso modo*, podemos entender e justificar o aparecimento do hospital psiquiátrico em resposta à demanda de se instituir a cura para a doença mental.

O hospital psiquiátrico data de pelo menos três séculos, e nunca essa instituição conseguiu dar conta daquilo que a justificava, a saber, a cura da doença mental. As várias reformas psiquiátricas não têm outro motivo senão esse incômodo: o que justifica a existência de uma instituição incapaz de instituir aquilo para o qual foi criada? Se formos buscar uma hipotética resposta do hospital psiquiátrico, encontraríamos algo assim:

– Vocês têm razão, ainda não instituí a cura. Em todo caso, mereço assim mesmo perseverar na existência, não apenas porque um dia, graças ao progresso da ciência

[5] Para Deleuze (2006: 31), as instituições nada mais são do que formas artificiais para a satisfação das tendências humanas. "Toda instituição impõe ao nosso corpo, mesmo em suas estruturas involuntárias, uma série de modelos, e dão à nossa inteligência um saber, uma possibilidade de prever e de projetar. Reencontramos a seguinte conclusão: o homem não tem instintos, ele faz instituições."

psiquiátrica, descobrir-se-á a cura da loucura, mas especialmente porque defendo a sociedade dos perigos que jazem no fundo de toda loucura incurável, pois há nela a virtualidade de um crime. Essa é, por conseguinte, a utilidade que justifica minha existência (Foucault, 2002).

Contudo, como diz Deleuze (2006: 30),

> não basta dizer que "a instituição é útil", pois é preciso ainda perguntar: para quem ela é útil? Para todos aqueles que dela têm necessidade? Ou antes, para alguns (classe privilegiada), ou somente para aqueles que põem em funcionamento a instituição (burocracia)?

É na impossibilidade de curar a loucura que a psiquiatria clássica inventa um subterfúgio para mantê-la afastada, encerrada e vigiada. Esse subterfúgio é o conceito de periculosidade, que foi construído em meados do século XIX pela chamada Escola Positiva de Direito Penal cujo nome fundador, não por acaso, é o do médico psiquiatra Cesare Lombroso. Lombroso publicou em 1876, *L'Uomo Delinquente* (*O Homem Delinquente*), livro em que expõe sua teoria do crime como efeito de múltiplas causas, sendo uma dessas a manifestação da personalidade patológica do criminoso nato, determinado biologicamente. A aferição positiva ou objetiva da identidade entre crime e loucura e a aferição do grau de periculosidade da loucura criminosa tornaram-se a base para se adotar no Brasil o tripé delito-tratamento-prevenção, que hoje chamamos medida de proteção, e que pode encarcerar perpetuamente um indivíduo considerado louco por qualquer crime – até mesmo o furto de uma lata de goiabada.[6]

Diz-se frequentemente que a principal contribuição de Lombroso está na elaboração de seu método, eminentemente científico e contrário às determinações teológicas e metafísicas encontradas nas teses do direito natural. No entanto, as teorias lombrosianas ironicamente nunca encontraram a comprovação científica da existência do criminoso nato. Apesar disso e da aversão que muitas das afirmações de Lombroso causam em algumas pessoas, suas teorias não foram esquecidas pelo direito penal e se tornaram de certa maneira populares. É a generalização acrítica de suas hipóteses sobre a loucura criminosa que continua hoje a servir como argumento aos que se beneficiam de alguma maneira da permanência das chamadas instituições totais (Goffman, 1974), como os manicômios, asilos e hospitais psiquiátricos, na medida em que faz parte do conceito de periculosidade a possibilidade perene do crime, o que pressupõe como medida preventiva a exclusão social *a priori* do louco. Pode-se dizer que, com o positivismo de Lombroso, paradoxalmente se enfatizou toda a superstição que encerra o louco na eterna suspeita de que seja, por natureza, perigoso.

[6] Foi o caso de Nelson Leopoldo Filho, preso em 1955, aos 19 anos, por furtar uma lata de goiabada de seu vizinho. Envelheceu trancafiado por 53 anos no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro. Foi meu amigo e paciente desde sua libertação em 2007. Morou na residência terapêutica da cidade de Seropédica, também no Rio de Janeiro, até sua morte em 2013.

Esse panorama aterrador sobre a natureza criminosa da loucura, criado por meio de uma série de artifícios (entre os quais um tipo de discurso cientificista como o lombrosiano), foi claramente utilizado para a legitimação do hospital psiquiátrico. Em vez de instituir a cura da doença mental, o hospital de loucos instituiu a si mesmo através do artifício que o tornou defensor da sociedade.

É possível que o senso comum jamais deixe de se estarrecer com os mais incríveis devaneios sobre essa personagem perigosa e antissocial inventada pelo processo de instituição do hospital psiquiátrico através da institucionalização da loucura. Esse personagem fictício e suas consequências (estigma, violência, contenção...) é o que Basaglia denunciou como o "duplo da doença mental", ou seja, aquilo que se sobrepõe ao sujeito propriamente dito para torná-lo um objeto, um mero suporte para a construção da ideia de periculosidade essencial. Desinstitucionalizar a loucura é, nesse sentido, o processo complexo pelo qual se busca restituir aos loucos a posição de sujeitos de suas vidas.

A proposta basagliana de desinstitucionalização da loucura, por isso, não se reduz à simples desospitalização. Ela visa a instituir aquilo que o modo manicomial de ser e pensar sequestrou dos loucos, a saber, a plena potência que há em se autoproduzir como *sujeito* e que se expressa no poder de afetar e ser afetado, para lá das cercas que se autoinstituem *objetificando* a vida. É na conquista de um território próprio que se constituem os livres encontros e a formação das redes afetivas que dão sentido à vida de qualquer um. Portanto, o processo de desinstitucionalização da loucura, para além da simples desospitalização, identifica-se com o modelo de saúde não apenas como ausência de doença (a cura da doença mental), mas como promoção da saúde como qualidade de vida.

## REDUÇÃO DE DANOS: UMA NOVA ÉTICA DO CUIDADO

No Brasil, a política de redução de danos (RD) ainda é matéria de controvérsias. Muitos a julgam *ipsis litteris*, ou seja, apenas como um conjunto de medidas para amenizar os efeitos tóxicos resultantes do mau uso de substâncias, ou como uma política de distribuição de insumos para controle de infecções (cachimbos de vidro, protetores labiais, seringas descartáveis etc.). Na verdade, ainda há dificuldade para nos desvencilharmos do destino desses significados, que facilmente se colam no significante RD, e passarmos a associar sua lógica, mais que a sua própria história, aos princípios éticos da saúde mental no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Advoga-se aqui que a ideia de uma lógica ampliada de RD, e a política e ética que lhe correspondem, é muito mais complexa e não apenas compensatória, agregando às questões de saúde propriamente ditas aspectos de cunho político e social.

Para entender a complexidade e amplidão dessa política do SUS, deve-se compreender, em primeiro lugar, que a lógica ampliada da RD se insere na ideia de que

saúde é, antes de tudo, a qualidade de vida, e não apenas ausência de doença. Dessa maneira, o norte da RD (como política pública) não é a cura do usuário – assim como não é, prioritariamente, a prevenção da doença –, mas sim a promoção social da saúde. É bom deixar claro que isso obviamente não significa que, dentro das estratégias de promoção da saúde, não se construam maneiras de se prevenir as consequências do uso prejudicial de substâncias psicoativas, ou de se recuperar a saúde daqueles acometidos por afecções secundárias. Apenas quer dizer que se coloca como horizonte ético a constituição de cuidados, ações, planos que melhorem a vida em seu sentido maior, mais abrangente que a vida segmentada que nos oferecem os especialismos.

Em segundo lugar, para se promover a saúde como qualidade de vida, necessita-se de condições materiais para operacionalizar minimamente as estratégias concebidas. Nesse sentido, é importante um agenciamento entre os serviços intra e intersetoriais, capazes de atuar de forma interdisciplinar e *corresponsavelmente*, levando em consideração a singularidade de cada indivíduo, e não apenas os diagnósticos médico-psicológicos (no caso da saúde mental). Portanto, pode-se definir a lógica ampliada da RD como um conjunto de medidas estratégicas absolutamente coerente com os princípios do SUS.

Esse conjunto de medidas é aplicado por um dispositivo de produção da qualidade de vida que inclui equipamentos como os centros de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (Caps II ad, Caps III ad), centros de atenção psicossocial para crianças e adolescentes (Caps i), centros de atenção psicossocial para neuróticos e psicóticos graves (Caps I, Caps II e Caps III), ambulatórios ampliados de saúde mental, unidades de acolhimento (para adultos e para crianças e adolescentes), leitos de atenção integral em hospital geral, consultórios na rua (atenção básica), pontos de acolhimento, centros de convivência, estratégias de matriciamento. É importante também o agenciamento com a atenção primária e com parceiros intersetoriais (educação, assistência social, cultura, trabalho etc.).

Com base na lei do SUS e da reforma psiquiátrica e suas portarias, pode-se esmiuçar como características gerais da política de RD:

1) Reafirmar o dever do Estado no cuidado com usuários de álcool e outras drogas.
2) Enfatizar a necessidade do trabalho intra e intersetorial (saúde, justiça, assistência social, educação, trabalho etc.), em forma de um dispositivo de promoção (ou produção) da saúde como qualidade de vida.
3) Ampliar os objetivos para um alcance da melhoria na qualidade de vida das pessoas, respeitando as particularidades do público-alvo (consequentemente abandonando o argumento exclusivo da abstinência total, que é baseado na ideia de saúde como ausência de doença).
4) Reconhecer a diferença entre os tipos de uso, desde o recreativo até o compulsivo.

5) Compreender que é indispensável a participação dos próprios usuários no desenvolvimento de estratégias e intervenções. Eles devem ser instrumentalizados por uma equipe de promoção da saúde (centrada nos serviços de saúde mental e/ou de atenção básica) para exercer com a maior autonomia possível a reflexão sobre o que é melhor para suas vidas, fazer escolhas de acordo com seus julgamentos. Essa equipe deve acolher os usuários sempre que possível, afirmando a corresponsabilidade dos serviços de saúde e dos indivíduos em relação aos seus projetos terapêuticos singulares.
6) Considerar a complexidade do fenômeno do consumo de drogas. A maioria dos usuários utiliza drogas de forma recreativa sem uso prejudicial recorrente. Uma minoria substantiva faz uso prejudicial contínuo ou eventual.
7) Considerar as particularidades culturais e biográficas dos usuários.
8) Compreender o uso compulsivo e prejudicial como um processo determinado por uma complexa rede de fatores.

## A CAIXA DE FERRAMENTAS DA SAÚDE MENTAL

A saúde mental se vale de um instrumental próprio para suas práticas produtoras de saúde. É apropriado se recorrer à imagem de uma caixa de ferramentas que nos coloca diante de várias possibilidades para lidar com as questões e os problemas, e que permita compreender a complexidade necessária para se construir compartilhadamente estratégias para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos envolvidos.

Essa conotação para "caixa de ferramentas" caminha junto àquela utilizada por Deleuze (1988: 71-72):

> Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas. É curioso que seja um autor que é considerado um puro intelectual, Proust, que o tenha dito tão claramente: tratem meus livros como óculos dirigidos para fora e se eles não lhes servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate.

E o que seria a saúde mental senão uma "caixa de ferramentas", ou seja, um conjunto de teorias que dialogam entre si, ferramentas que sobretudo precisam funcionar. Nesse contexto, é necessário não apenas que as ferramentas sejam utilizadas conforme suas características, de maneira apropriada, mas também que possam ser abandonadas e substituídas por outras caso não funcionem. Apresentamos a seguir apenas algumas dessas ferramentas, as quais julgamos ser as mais importantes.

## Escuta, acolhimento e vínculo

Escuta, acolhimento e vínculo são uma coisa só, que dividimos em três ferramentas para fins didáticos. Não há acolhimento sem escuta, não há escuta sem acolhimento, não há vínculo sem escuta e acolhimento. Mas não se trata de qualquer escuta, nem de um acolhimento qualquer, pois não existe um vínculo que seja meramente formal. A escuta não se reduz à avaliação de sinais e sintomas indicativos de doenças, assim como o acolhimento não se reduz ao amparo necessário àqueles adoentados e em crise. O vínculo não se faz como na relação médico-paciente, na qual alguém detém o poder de agir e outro simplesmente obedece, entregando-se como o objeto dessa ação. Nem a escuta, nem o acolhimento, nem o vínculo podem ser aqui apenas procedimentais, pois o objetivo não é mais apenas a ausência de doença (reiteramos sempre). Essa escuta almeja antes de tudo o entendimento ético dos modos próprios de vida de cada um, que gera um acolhimento diferenciado, conforme as relações afetivas desse sujeito, e um vínculo que se parece mais com o que chamamos coloquialmente de amizade. Assim como acontece entre amigos e familiares, o vínculo nos permite traçar as linhas que compõem a rede afetiva do indivíduo – seus gostos e desgostos – de maneira que temos com isso a matéria com a qual podemos construir uma cartografia de sua singularidade e montar junto com ele um projeto terapêutico singular (PTS)

## Rede, projeto terapêutico singular, cartografia e território vivo[7]

A atenção básica "prima pela organização territorial dos serviços de saúde" (Brasil, 2013: 34). Essa organização empreendida através de divisões de área, como, por exemplo, a realizada pelas equipes de saúde da família, é fundamental para o seu processo de trabalho, na medida em que fixa um limite geográfico de cobertura populacional, além de facilitar a constituição de relações com vínculo continuado entre as equipes e a população.

Nas equipes cada usuário conhece os profissionais pelo nome e vice-versa. E no decorrer do tempo, as relações passam a levar em conta a história de cada usuário, o que ajuda a evitar a simplificação de cada vida como se esta fosse reduzida a um número de prontuário (*o sr. do prontuário número tal*) ou a diagnósticos médicos (*o sr. diabético e hipertenso*).

No entanto, esse recorte geográfico, por si só, não é suficiente, ou seja, a leitura do território somente como um espaço físico, capaz de ser subdividido e descrito, seria uma leitura banal dessa ideia (é o que nos ensina o geógrafo Milton Santos).

[7] Originalmente o texto "Rede, PTS, cartografia e território vivo" foi publicado com o título "Território, território existencial e cartografia", em coautoria com Antonio Lancetti, Marise Ramos, Denis Petuco e Renata Pekelman, como apoio ao material didático do projeto Caminhos do Cuidado, do Ministério da Saúde. Aqui esse texto reaparece com modificações (Alarcon *et al.*, 2013).

A origem da palavra território deriva da junção de duas palavras latinas (*terra* e *torium*) e significa "terra pertencente a alguém". Pertencente, entretanto, não se vincula necessariamente à propriedade da terra, mas à sua apropriação. Essa apropriação, por sua vez, pode ter, além do significado de posse, um sentido de pertencimento. Por pertencimento podemos entender a integração dos sujeitos a princípios e visões de mundo comuns, que fazem com que eles se reconheçam e se sintam participantes de um mesmo território.

Contudo, o conceito de território apenas como apropriação (posse) ou como pertencimento fica reduzido a algo já existente, no qual resta aos sujeitos adequarem-se ou não.

Autores que contribuem para pensar de maneira ampla (ou complexa) a ideia de território são, entre outros, o geógrafo Milton Santos e os filósofos Gilles Deleuze e Felix Guattari.

Com base na leitura desses autores, podemos entender o território como um composto formado por pelo menos três dimensões: 1) física – espaço constituído por ruas, casas, escolas, empresas, entre outros; 2) simbólica – expressa por aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos etc.; 3) existencial – relacionada aos modos pelos quais o território ganha sentido a partir de cada história pessoal.

Essas três dimensões correspondem àquilo que podemos chamar de mundo *próprio* ou *território vivo*: o espaço, o tempo, a matéria com que se produz subjetividades. A ideia de território vivo pressupõe que cada ser vivo tem o poder de criar ou inventar um mundo singular. Dois indivíduos, por exemplo, apesar de habitarem um mesmo território geográfico, podem ter cada qual o seu mundo próprio. A partir dessa ideia, torna-se impossível supor que dois seres, apenas por compartilharem um mesmo território, teriam a mesma forma de viver. Todos os seres vivos trazem consigo uma singularidade existencial: o poder de inventar o seu próprio modo de vida ou, em outras palavras, sua própria subjetivação.

A ideia de produção de subjetividade implica entender a subjetividade como uma construção sem fim, que se dá ao longo de toda a vida, ou seja, como multiplicidade, como acontecimento coletivo, social – não como algo essencial e imutável, nem mesmo individual.

É por isso que, levando-se em conta um território vivo, é necessário oferecer para cada sujeito uma escuta capaz de acolher o seu entendimento particular sobre os acontecimentos de sua vida, sem reduzir esse processo a categorizações preestabelecidas.

Essas dimensões tornam o território vivo um elemento fundamental para se compreender as diversas maneiras de viver e pensar de cada um, bem como para promover mudanças. Assim, provocar mudanças no território é tanto possível como é, também e ao mesmo tempo, modificar a subjetividade. Sujeitos e territórios são portanto, inseparáveis.

Para um território dado e meramente físico, podemos construir mapas por onde se torna mais fácil nos guiarmos. Mas, em um território vivo, queremos encontrar, além dos pontos físicos, as dimensões simbólicas, afetivas e seus sentidos. Desse modo, mapear um território vivo seria aparentemente algo impossível. Mapas nos fornecem dados da ordem de um mundo estável, visível e palpável. Em contrapartida, o mundo simbólico e afetivo, embora exista e seja essencial, é invisível e capaz de mudanças radicais em tempo relativamente muito curto.

No entanto, para um território vivo, composto pelas três dimensões citadas, é possível traçar o que chamamos de cartografia, ou seja, um conjunto sempre dinâmico de mapas psicossociais.

E como desenhamos a cartografia de um território vivo?

Quando abordamos um grupo familiar, por exemplo, em primeiro lugar escutamos, nos dispomos a conhecê-lo, vemos como essa família se compõe, como funciona, quais os elementos que nela se repetem, como se relaciona com sua comunidade. Em segundo lugar, nos perguntamos com quem contamos: com nossos serviços, com outros serviços públicos, com recursos muitas vezes escondidos da própria comunidade etc. Ligamos cada ponto que afeta ou pode afetar aquela família e formamos um conjunto de linhas através do qual podemos nos guiar por uma verdadeira paisagem psicossocial.

Reconhecemos aí, nessa paisagem, os caminhos e descaminhos da vida do outro e mergulhamos na possibilidade de vivenciar a maneira de ser de uma família e de cada membro.

Tal abordagem permite reconhecer tanto os descaminhos que produzem dor e sofrimento, quanto as potencialidades que permitem traçar planos de cuidado de forma compartilhada com aquele ou aqueles que sofrem.

A cartografia é então imprescindível para facilitar a composição do PTS. Para se entender a relação entre PTS e cartografia, é importante a compreensão do que seria esse *singular* que qualifica o projeto terapêutico.

Singular se opõe especialmente a individual. A ideia de indivíduo nos remete à imutabilidade, a algo que não varia, não muda. Se essa ideia é apropriada quando falamos da nossa vida civil e dos números que nos identificam para os aparelhos de Estado (números da carteira de identidade, de motorista, de eleitor etc.), ela não funciona quando lidamos com as maneiras de viver e pensar de nós mesmos e das outras pessoas.

Singular aqui quer dizer, na verdade, um conjunto, uma multiplicidade – quer dizer que somos diferentes em nossa família, no trabalho, com nossos amigos. É como se fossemos muitos, ao mesmo tempo que somos únicos, singulares. Multiplicidade, neste caso, se confunde com os pontos que a cartografia identifica e interliga formando as linhas do território vivo. Pontos e linhas múltiplas que constituem a rede que nos mostra a paisagem daquilo que chamamos de subjetividade.

Se o singular significa multiplicidade, precisamos tratar com aquilo que varia, um mundo que não é imutável, que é feito de encontros e ressonâncias. Em torno

da questão das drogas, por exemplo, muitas vezes construímos visões supostamente imutáveis – verdadeiros mitos, como aquele que afirma ser todo usuário prejudicial de drogas alguém perigoso, manipulador, mau-caráter e essencialmente doente.

A tendência de reduzir a multiplicidade que compõe uma subjetividade a algo invariável, imutável e unívoco faz com que acreditemos que um usuário prejudicial de drogas não seja outra coisa além de um *drogado*. Essa redução da vida de alguém a uma identidade (no caso, o drogado), também reduz as possibilidades do cuidado, e produz um modelo que se baseia na ausência de drogas (como se as drogas fossem por si um problema) e que privilegia a internação como resposta prioritária, nos fazendo confiar em soluções radicais, definitivas, ou simples, e até mesmo na eficácia da internação compulsória massiva dos usuários.

É a cartografia a maneira pela qual conseguimos mais facilmente acompanhar a variação própria dessa singularidade que compõe o território vivo (ou seja, os sentidos de um mundo próprio). Ela nos permite evitar reducionismos, perceber e privilegiar as potencialidades inerentes ao território existencial de alguém, ao invés das fragilidades, da impotência, da doença.

A arte de relacionar cartografia e território vivo possibilita, enfim, tornar o cuidado um movimento na direção de uma vida potente. O trabalho de uma equipe de saúde mental na atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas é de uma delicadeza medonha e vital. É preciso levar a sério suas peculiaridades, sua luta por uma lógica ampliada da RD que seja, ao mesmo tempo, uma ética e uma pedagogia dos bons encontros. É necessário perceber a guerra que enfrenta para não ser reduzida a teorias mecanicistas que buscam a saúde persecutória, a cura purificadora, contra o pecado da desmedida. Há que se lembrar sempre que a saúde mental não é "nível de atenção secundária" e não trabalha apenas a ausência de doença. A saúde mental, se quiserem insistir numa classificação, é *transversal*, não apenas por poder efetivamente atuar como se fosse atenção primária, secundária e terciária – dependendo da situação –, mas principalmente por ser um pequeno sistema de cuidado cujos serviços promovem socialmente a saúde como qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Perceber como o SUS está constituído e qual é a sua especificidade em relação aos modelos anteriores de organização do sistema público de saúde; entender o sentido da saúde a partir de sua inflexão no SUS; mostrar como a reforma psiquiátrica brasileira também mantém coerência com uma maneira de pensar que é a mesma do SUS e, por fim, mostrar como a RD é ressignificada como política e como lógica ampliada por essa saúde mental, que é, afinal, parte do modo de pensar do SUS, foram os objetivos deste texto.

As considerações aqui apresentadas não visaram a apresentar uma imagem simplificada da atuação dos profissionais da saúde em relação ao usuário prejudicial

de drogas. Não há fórmulas para *facilitar* o trabalho do cuidado. Mas, talvez seja reconfortante saber que é tão difícil quanto qualquer outro trabalho que vise à promoção da qualidade de vida. Pode ser que seja também um estímulo perceber que aquilo que antes era um beco sem saída (a desconexão entre o pensamento saúde-cura e a realidade do usuário prejudicial) torna-se, ao contrário, uma janela de oportunidades, bastando para isso trocar os sinais, mudar a lógica, inventar uma nova maneira de pensar e, por conseguinte, de viver e transformar a realidade dada. Aqui, a problematização da cura como valor e a proposta de uma nova hierarquia do que deve ser valorizado no SUS (e, por conseguinte, na saúde mental) criam a novidade que chamamos de qualidade de vida. Ao mesmo tempo reatualiza a função do profissional da saúde, que deixa um pouco seu destino como mero operador das máquinas de cura e se transforma em artista.

Como diz Deleuze (2007: 20) "criar é aligeirar, é descarregar a vida, inventar novas possibilidades de vida". É disso que se trata quando por saúde entendemos a promoção da qualidade de vida. E não é possível trabalhar a promoção sem se embrenhar nos modos de vida próprios de quem precisa de escuta, acolhimento, vínculo, para tornar a ser um artista de si mesmo. Por isso, os serviços ofertados pelo SUS, pela saúde mental, obrigatoriamente devem ser territoriais, devem se constituir como parte do mundo próprio de seus usuários, devem assumir a mesma determinação que precisaria ter e que geralmente tem qualquer grupamento humano que, para viver, gera as condições para a tecitura das redes afetivas que dão sentido à existência de seus indivíduos. Cada serviço é, ou deveria ser, por coerência, também uma comunidade com seu mundo próprio, sua singularidade e, como tal, poder legitimamente vir a ser coautor das alegrias, dores, angústias e esperanças que tocam, marcam, imprimem destino comum às consciências que se dissolvem na comunhão entre equipes e usuários. Mundo próprio, território vivo onde o que importa são as diferenças, já que nelas dança sobre cordas quem não teme os abismos que os outros chamam, sem pudor, de crise, e que não deveria ser estigma, mas nada além da própria vida que aprendeu a amar a fatalidade de existir. Uma vida, afinal, que não se cura de viver.

## SUGESTÕES DE LEITURA

ACSELRAD, G. (Org.). *Quem Tem Medo de Falar sobre Drogas?* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

LABATE *et al.* (Orgs.). *Drogas e Cultura: novas perspectivas.* Salvador: Edufba, 2008.

SILVEIRA, D. & MOREIRA, F. G. (Orgs.). *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.

## REFERÊNCIAS

ALARCON, S. *et al*. Território, território existencial e cartografia. *In*: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. *Caminhos do Cuidado: caderno do tutor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://xa.yimg.com/kq/groups/25027304/1305398262/name/Territorio-+Territorio+Existencial+e+Cartografia.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2017.

ALMEIDA FILHO, N. & JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4): 879-889, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DELEUZE, G. *A Ilha Deserta*. São Paulo: Iluminuras, 2006.

DELEUZE, G. *Nietzsche.* Lisboa: Edições 70, 2007.

ERNOUT, A. & MEILLET, A. *Dicionnaire Étymologique de la Langue Latine*. Paris: Librairie C. Klincksieck, 1951.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos.* São Paulo: Perspectiva, 1974.

HELMAN, C. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

LOMBROSO, C. *O Homem Delinquente*. São Paulo: Icone, 2013.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

PAIM, J. S. *O Que É o SUS.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41: 1.403-1.410, 1995.

# 7

# O Problema dos Cuidados no Brasil que Envelhece:
## corresponsabilidades e questões para a saúde mental

*Daniel Groisman*

Janeiro de 2013. Um programa semanal de grande audiência na televisão brasileira apresenta como reportagem principal uma matéria sobre "crimes contra idosos", em que se afirma que no último ano haviam "triplicado" as denúncias de negligência, violência, maus-tratos e abusos contra idosos (Denúncias..., 2013). A matéria aborda um tipo de violência em particular: a violência ocorrida no âmbito domiciliar e praticada principalmente no contexto das relações de cuidado, contra idosos doentes ou dependentes. As imagens são fortes e, para registrá-las, a equipe do programa acompanha uma série de diligências policiais em diferentes cidades do país. Um dos casos exibidos é o de dona Felicidade, de Belém do Pará. Negra, magra e de aparência frágil, dona Felicidade é encontrada sozinha em um casebre de madeira, deitada em sua cama. "Segundo uma denúncia anônima, ela vive em estado de abandono, apesar de morar com o filho e com a nora", informa o jornalista. O policial interroga a nora que acabara de chegar ao local: "ela tem problema de Alzheimer e não anda", tenta justificar a familiar. "O problema não é esse", retruca o policial, "o problema é que ela não está sendo cuidada" (Denúncias..., 2013).

A crescente publicização dos casos de violência domiciliar contra idosos e a sua espetacularização em novelas, noticiários e demais mídias se alinham com o alerta de que autores do campo da gerontologia social (ciência que estuda o envelhecimento) e áreas correlacionadas vêm fazendo a respeito de uma iminente *crise nos cuidados*, caracterizada por uma diminuição da disponibilidade da família, a tradicional instância cuidadora, num cenário de aumento do número de pessoas dependentes, resultado do processo de extensão da longevidade e envelhecimento da população. Esse é o caso do texto de Born (2001), intitulado "Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha?", no qual a autora discute como as transformações na família, e também no processo de envelhecimento, trazem à tona a necessidade de se ampliarem os

recursos e apoios para o cuidado. Dez anos depois, o texto de Born é republicado, em edição revisada pela autora, o que é um indício de que o problema enunciado no título do artigo continua atual (Born, 2011). Para Glenn (2000: 84), a transformação do cuidado, uma atividade tradicionalmente privada e pertencente ao âmbito familiar, em problema de caráter público seria um dos componentes mais evidentes do que ela chama de "problema contemporâneo dos cuidados".

O caso de dona Felicidade, idosa, portadora de transtorno mental e vítima de maus-tratos em seu próprio domicílio, parece exemplificar um certo modo de exposição do problema dos cuidados em que o assunto é explorado sem que se debatam as corresponsabilidades das diversas esferas da gestão pública na prevenção à violência e na prestação de apoio aos cuidados. Em vez disso, o sensacionalismo midiático reforça a mensagem de uma punição exemplar, operada por meio da criminalização dos (maus) cuidadores.

Consideramos que um ponto de partida importante para a reflexão aqui empreendida é, portanto, um questionamento sobre o tipo de participação que as diversas políticas setoriais devem ter no que diz respeito ao compartilhamento de responsabilidades pelo cuidado da população. Será esse um problema estritamente privado, do qual a política pública pode se isentar? E, pensando mais especificamente no caso das políticas de saúde mental, de que forma elas podem e devem refletir sobre as necessidades de cuidado para os usuários de seus serviços e demais indivíduos com demandas relacionadas? Será que a rede já existente é suficiente para lidar com os desafios trazidos pela transformação na composição etária da população? Mais do que isso, qual pode ser o papel das políticas públicas de modo geral e, especificamente, do campo da saúde mental na provisão de apoios às necessidades de cuidado de uma população que envelhece?

O país vem envelhecendo a passos largos, como mostram os estudos censitários realizados nas últimas décadas (IBGE, 2011, 2013). Se no passado o Brasil era conhecido como um país de jovens (Veras, 1994), esse quadro vem se modificando década após década, como resultado de intensas transformações nas condições de vida da população. Até meados do século XX, a expectativa de vida ao nascer era inferior a 50 anos de idade. Somente na passagem dos anos 1970 para 1980 é que esse número superaria a sexta década de vida, marco legal que define a entrada na velhice, segundo o Estatuto do Idoso. Entre 1980 e 2013, a expectativa de vida do brasileiro passou de 62,6 para 74,9 anos, um aumento expressivo atribuído ao declínio das taxas de mortalidade da população. Em relação à longevidade dos idosos brasileiros, esta também vem crescendo ao longo das décadas. Como exemplo: em 1980, de cada mil indivíduos com 60 anos, somente 344 alcançariam os 80 anos. Já em 2013, esse número passaria para 573, uma diferença também expressiva e que reforça a necessidade de pensarmos na questão dos cuidados como um problema que necessitará receber crescente apoio das políticas públicas (IBGE, 2013).

Em decorrência do fato de que as pessoas passam a viver por mais tempo, aumentam também as chances de necessitarem de cuidado nas idades muito avançadas, já que uma vida mais longa significa maior tempo de exposição a fatores de desgaste e a doenças crônico-degenerativas. Além disso, o aumento da longevidade vem se combinando ao decaimento das taxas de fecundidade, o que faz com que, cada vez mais, a proporção de adultos e idosos aumente em relação à de crianças e jovens. Tal aspecto tende a pressionar a demanda por cuidados e a sinalizar a necessidade de qualificação de trabalhadores especificamente para esse fim, já que encolhimento das gerações mais novas indica uma limitação cada vez mais evidente na capacidade que as famílias terão para suprir as necessidades por meio de seus próprios membros.

O fenômeno do envelhecimento demográfico demanda, assim, preparação intensa e inadiável do Estado e da sociedade, para garantir o bem-estar, a dignidade e os direitos de cidadania. No caso da saúde mental, importa destacar que a própria população usuária dos serviços ofertados por políticas públicas tende a se tornar cada vez mais envelhecida, fazendo com que dificuldades e especificidades relacionadas ao campo geriátrico-gerontológico se somem àquelas já existentes no âmbito da saúde mental. Além disso, é de se esperar o crescimento da demanda por assistência e cuidados para quadros de transtornos mentais comumente associados ao processo de envelhecimento e para os quais, não necessariamente, os serviços estão preparados. Dessa forma, a qualificação da rede de trabalhadores das políticas de saúde mental, bem como dos setores correlacionados, como a assistência social e direitos humanos, são fundamentais para prover acolhimento aos usuários cada vez mais envelhecidos e prover os encaminhamentos adequados às demandas de atendimentos específicos ou situações de vulnerabilização identificadas.

Para Camarano e Mello (2010: 13), a seguridade social brasileira avançou na garantia de uma renda mínima para a população idosa. Entretanto, a provisão de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é "uma questão não equacionada". Outros países, em especial as economias mais desenvolvidas, vêm incorporando políticas voltadas para apoiar os cuidados aos sistemas de seguridade social, em setores como saúde e assistência social. Tal movimento está relacionado com a constatação de que os sistemas de saúde, assistência e previdência social tradicionais e historicamente estabelecidos não são suficientes para fazer frente aos novos desafios trazidos pelo processo de envelhecimento das populações (Batista *et al*., 2008).

Segundo Puga (2005), os dois pilares que tradicionalmente sustentam a assistência à dependência na velhice são a família e a rede de atenção primária na saúde, embora ambos tenham limitações. Sobre a rede de atenção primária na saúde, a autora salienta o seu importante papel como referência territorial para as populações, porém lembra as grandes dificuldades encontradas atualmente para assistir aos idosos. Ressalta ainda a importância de se manejar o cuidado como uma questão não restrita apenas ao âmbito médico, mas que envolve também componentes sociais e de saúde. Puga (2005) sustenta que o tradicional modelo *familista* das políticas

assistenciais, baseado no pressuposto de que a família *naturalmente* terá condições de suprir as necessidades de cuidado das crianças, idosos e pessoas dependentes, deve ser repensado, sem privar a família do seu papel de protagonismo, mas fazendo com que as responsabilidades pelo cuidado possam ser mais bem compartilhadas entre a família, a comunidade e o Estado.

Neste capítulo, que integra uma oportuna discussão sobre as interfaces entre a saúde mental e a atenção básica, pretendemos contribuir com uma reflexão sobre o problema dos cuidados e a importância das políticas públicas para a proteção da dignidade das pessoas que envelhecem. Com este objetivo, apresentamos, de forma introdutória, conceitos importantes para o entendimento de tal problemática, com vistas a ampliar a conscientização da necessidade premente de estruturação de políticas de apoio às pessoas cuidadoras, tendo em vista o fenômeno do envelhecimento populacional. Especificamente no que diz respeito ao campo da saúde mental, buscamos enfatizar a importância da desinstitucionalização e da experiência já obtida na reforma psiquiátrica brasileira como um norteador para a elaboração de políticas mais inclusivas, humanizadas e desestigmatizantes, destinadas aos cuidados da população em geral e, particularmente, daqueles que experimentam limitações na sua autonomia. Consideramos que tal debate é de grande importância para os trabalhadores que lidam com idosos nos diferentes níveis do sistema de saúde e especialmente na atenção básica, tendo em vista o papel estratégico que esta possui para o acompanhamento cotidiano dos cuidados prestados no âmbito familiar e comunitário.

## O QUE É O CUIDADO?

O termo *cuidado*, segundo Burke (2011), é cada vez mais vago e tem muitos significados, como, por exemplo, tomar cuidado (precaver-se), cuidar da casa (zelar) ou, dependendo do contexto, demonstrar preocupação e afeto pelo outro. Burke relembra que Foucault empreendeu uma genealogia do "cuidar de si", demonstrando como o cuidado com a própria individualidade se instituiu ao longo da história no contexto das políticas para a governabilidade das populações. Porém, para Burke, haveria um outro tipo de cuidado inscrito no âmbito das instituições sociais e que mereceria uma particular atenção: "o cuidar dos outros", sejam eles familiares ou estranhos. Segundo Fine (2004), o cuidado deve ser considerado como uma condição fundamental da existência humana, já que toda pessoa, em alguma etapa da sua vida, terá recebido ou necessitará de cuidados. Para Stone (2005: 273), o cuidado com o outro seria uma atividade tão ancestral para a humanidade, que consistiria numa espécie de "molécula básica" para a solidariedade social e para valores e sentimentos essenciais, como a confiança, a reciprocidade e o respeito entre as pessoas.

Segundo Burke (2011), historicamente, na sociedade ocidental, alguns grupos tendem a ser designados como principais destinatários do cuidado – as crianças, os velhos, os doentes e os pobres. Embora a família sempre tenha desempenhado um papel primordial no cuidar, o cuidado de estranhos, ou seja, daqueles que não pertencem aos

círculos imediatos de parentesco ou de amizade também é algo cuja existência é muito antiga. Para o autor, até mesmo na Idade Média, a comunidade de um vilarejo podia cuidar coletivamente de determinados indivíduos, tais como órfãos ou loucos.

Uma instituição importante para o processo de desenvolvimento dos cuidados foi a Igreja, já que as paróquias e, mais tarde, as obras destinadas à caridade costumavam organizar as assistências para os indivíduos e grupos necessitados. Posteriormente, os cuidados passaram por um processo de institucionalização, dando origem a diversos tipos de instituições – asilos, abrigos, hospitais, manicômios, escolas, orfanatos e outros. O processo de especialização das instituições dedicadas ao cuidado, ao longo dos séculos, foi acompanhado do surgimento de profissões, bem como da criação de mecanismos de regulação, burocratização, organização e controle sobre os cuidados e ainda de um mercado em que se passou a poder comprar e vender cuidados.

Se o cuidado de estranhos, como define Burke (2011), tornou-se objeto de políticas e instituições, tendo prosperado e se desenvolvido ao longo da história, o cuidado prestado pelas famílias no âmbito da privacidade e intimidade dos lares, permaneceu por muito tempo oculto da esfera pública por um espécie de cortina de invisibilidade. Para Fine (2007), a descoberta do problema dos cuidados só foi possível em decorrência das intensas mudanças sociais provocadas pelo processo de modernização e industrialização das sociedades ocidentais, e que acarretou transformações em diferentes âmbitos, tais como a organização do trabalho, a constituição e organização das políticas de saúde e seguridade social e a saída da mulher do confinamento da esfera doméstica para o mundo do trabalho remunerado, dentre outros. No Brasil, a crise dos cuidados, agravada pela crise do Estado e das políticas sociais, parece estar expressa em diversos âmbitos, como mostra Vasconcelos (2012): a dificuldade das famílias em cuidarem e educarem os seus filhos, os crescentes problemas da violência, do uso de drogas, do desemprego, dentre outros e, mais recentemente, o cuidado dos idosos.

Os cuidados, entendidos aqui como um conjunto de práticas e atitudes que envolvem, em diferentes graus, uma implicação quanto ao bem-estar do outro, seja de forma remunerada ou não, vêm sofrendo transformações que acompanham os contextos sociais e históricos em que são prestados. Dessa forma, a reflexão sobre os desafios para o cuidar na atualidade oferece oportunidades para discussão de valores não menos importantes, especialmente, o respeito à dignidade e à vida, a inclusão social e o reconhecimento aos direitos sociais de quem cuida e recebe cuidados.

## A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E O CONCEITO DE CUIDADOR(A)

Na literatura sobre o cuidado, as autoras feministas têm um papel fundamental na descoberta e na denúncia da invisibilidade do trabalho da mulher nos cuidados com a família e com a casa. Segundo Fine (2004), foi necessário produzir uma ruptura na visão tradicional sobre o cuidado, que o caracterizava como uma atividade própria da família e ligada às características da *natureza* da mulher, para que fosse percebido

como um tipo específico de labor. É, portanto, a partir dessa nova abordagem que a visão tradicional sobre os cuidados e sobre os deveres da mulher no trabalho doméstico passa a ser contestada, discutida e problematizada em uma perspectiva que buscava evidenciar as relações de gênero e poder na sociedade (Daly, 2002; Fine, 2004). É nesse contexto, portanto, que o termo cuidador(a) passa a ser empregado para fazer alusão a um tipo de trabalho em particular, o trabalho de cuidados, seja ele remunerado ou não.

Segundo Tronto (1997), cuidar é uma atividade regida pelo gênero tanto no âmbito do mercado como na vida privada, já que a designação tradicional da mulher como cuidadora reforça a separação entre o mundo masculino e o feminino, respectivamente, público e privado. Ou seja, enquanto o trabalho produtivo e socialmente valorizado é exercido na arena pública das relações sociais, o trabalho de cuidados é relegado à privacidade e menor visibilidade do ambiente doméstico. De acordo com Tronto (1997: 201), o cuidado tende a ser mantido como problema meramente privado, permanecendo "num nível abaixo" do que é considerado "social na sociedade".

Para Hirata e Kergoat (2007: 599), a divisão sexual do trabalho tem como característica principal "a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado". Segundo Kuchemann (2010: 3, 4), o entendimento de que cabe às mulheres a responsabilidade das tarefas que compõem o trabalho reprodutivo (cuidado da casa, dos infantes, doentes e idosos, dentre outras) deriva de uma forma de divisão do trabalho "que atua como poderoso norteador das bases da organização social e econômica da sociedade". Tal segregação contribui para reforçar a crença de que o trabalho de cuidados "é uma responsabilidade das mulheres e não da sociedade", respaldando a desresponsabilização do Estado na formulação de políticas voltadas para os cuidados da população, tema que em muitos países continua a ser considerado não prioritário e preponderantemente relegado ao âmbito do mercado.

Durante muito tempo, o problema dos cuidados foi equacionado com base na segregação entre os gêneros, tanto na vida pública quanto privada, o que garantia um largo contingente de trabalhadoras não remuneradas à disposição para assumir os cuidados de cônjuges, filhos e outros parentes, quando necessário. Porém, com as diversas transformações na família, no trabalho e na sociedade contemporânea em geral, a necessidade de estabelecer mecanismos de suporte social para os cuidados se fez cada vez mais presente, mesmo que a família, com ou sem dificuldades, permaneça a principal instância cuidadora (Fine, 2011).

Para Kuchemann (2010), o Estado brasileiro opera com uma visão familista sobre o social, segundo a qual cabe às famílias, e não ao Estado, a responsabilidade principal pelo cuidado das pessoas dependentes. Essa visão idealizada do papel da família, a qual também é denominada de "ideologia do familismo", é comumente associada ao modelo de Estado de bem-estar social conservador, "o qual atrela a

proteção social ao emprego e ao homem provedor (...), responsabilizando as famílias pelo bem-estar de seus membros" (Kuchemann, 2010: 4).

Dessa forma, podemos pensar que, embora o Brasil tenha buscado erigir uma política pública baseada no reconhecimento da cidadania e na universalização de direitos, as diversas contradições, limitações, lacunas e priorizações no plano da sua materialização produzem um distanciamento entre os princípios previstos na legislação e aquilo que é efetivamente praticado. Essa situação vem se agravando ao longo das últimas décadas, já que a partir dos anos 1990, devido ao fortalecimento da ideologia neoliberal, o Estado brasileiro vem se retraindo e cada vez mais é pressionado a diminuir os gastos investidos nas políticas de caráter mais universal, transferindo para o mercado e para os próprios indivíduos a responsabilidade pela providência e bem-estar.

No Brasil, a popularização do conceito de cuidador(a) ganha força na passagem do século XX para o XXI, particularmente quando estudiosos da gerontologia começam a importar, para o cenário nacional, discussões e conceitos originados em países que implantaram Estados de bem-estar social. Nesse sentido, o conceito de *caregiver* aqui nacionalizado guarda influência de diferentes abordagens, cabendo destacar o seu uso nas iniciativas de promoção de cuidados comunitários e políticas voltadas para a desinstitucionalização na saúde e na assistência social (Groisman, 2015).

Entretanto, ao mesmo tempo que o cuidado e os cuidadores são identificados como parte de um campo a merecer ações de intervenção e apoios, a política pública não consegue avançar a ponto de colaborar efetivamente na valorização e na prestação de cuidados no nível familiar e comunitário. A *descoberta* do problema dos cuidados e cuidadores não consegue, num primeiro momento, romper com a lógica de exploração desse tipo de mão de obra frequentemente não remunerada ou de baixo valor, o que tende a favorecer situações de precariedade e iniquidade no acesso aos serviços de cuidado.

## A MERCANTILIZAÇÃO DO CUIDAR E A NECESSIDADE DE DIVIDIR RESPONSABILIDADES

O surgimento, ao longo das últimas décadas, de uma variada gama de serviços, profissões e produtos destinados a suprir as necessidades associadas aos cuidados vem sendo sinalizado como um exemplo do processo de mercantilização do cuidado ou, em outras palavras, a sua transformação em mercadoria. Apesar disso, Gorfinkiel (2008) considera que, apesar de remunerado, esse trabalho permanece como uma atividade socialmente desvalorizada e majoritariamente exercida por mulheres. Para Batista e Araújo (2011), a mercantilização dos cuidados deve ser compreendida no contexto de mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais, as quais tornaram as relações de reciprocidade e solidariedade familiar mais visivelmente precarizadas.

A constituição de um mercado de cuidados é, possivelmente, um dos fatores que caracterizam as novas configurações que as relações de cuidado ganharam na sociedade contemporânea, sobretudo pelo fato de que, num contexto de distribuição desigual de renda e segregação de classes, dispor ou não dos recursos necessários para contratar esse tipo de serviço pode representar a diferença entre a vida e a morte na velhice. Além disso, é preciso reconhecer que muitos cuidadores familiares são comumente forçados a abandonar os empregos ou reduzir as horas de trabalho para se dedicarem aos parentes, daí a necessidade de instituir meios para apoiar esse tipo de atendimento. Quando não há tais recursos, podem ocorrer situações dramáticas para os indivíduos e para a sociedade.

Tradicionalmente, quando a rede de cuidados de um determinado indivíduo falha, ele pode vir a ser transferido para uma instituição asilar, o que significa de certa forma que a responsabilidade também é deslocada da família para a instituição. As políticas destinadas a compartilhar a incumbência pelo cuidado podem representar um caminho para diminuir a necessidade de institucionalização, fazendo com que a rede formal possa melhor se integrar com os recursos da família. Isso significa tentar superar, em certa medida, dicotomizações tradicionais, como, por exemplo, a separação entre a saúde e a assistência social, a oposição entre o cuidado em casa e em instituições, ou ainda entre o cuidado leigo e o profissional. Para Fine (2011), a sociedade contemporânea precisa cada vez mais de novas soluções para compartilhar as responsabilidades que não sejam unicamente baseadas na obsoleta visão de que as esposas, filhas e noras naturalmente suprirão todas as necessidades de cuidado na família, mantendo-se em casa enquanto seus maridos inserem-se no sistema produtivo.

O surgimento de um mercado de cuidados envolve também um processo de profissionalização, o qual consiste no surgimento de serviços especializados, prestados principalmente por profissionais dos setores de saúde e da assistência social. Esse tipo de atendimento, realizado por trabalhadores de diferentes áreas, tem como objetivo prestar apoios, bem como estabelecer direções e orientações para os cuidados, o que faz com que se agreguem nessa arena olhares, discursos e saberes referenciados a essas áreas especializadas. Outro fenômeno importante é o processo de formalização, regulamentação e até mesmo profissionalização do cuidador pago.

Historicamente, trabalhadores domésticos sempre auxiliaram, em maior ou menor grau, no cuidado da família, tomando conta de crianças e também ajudando os mais velhos. Esse tipo de atividade, exercida tradicionalmente por trabalhadores leigos e sem uma qualificação específica, vem paulatinamente sofrendo processos de regulação, os quais tendem a incidir sobre aspectos como a delimitação das atribuições, requisitos de escolaridade, remuneração e jornada de trabalho. Todos esses fatores, se, por um lado valorizam e potencializam o trabalho de cuidados, por outro fazem com que esse tipo de serviço se torne cada vez mais caro. Dessa forma, nos regimes nos quais a seguridade social não provê recursos para o custeio dos cuidados, as iniquidades no acesso a esse serviço tendem a crescer.

## A IMPORTÂNCIA DE POLÍTICAS PARA O CUIDADO

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem desempenhando um papel importante no acompanhamento do cuidado familiar, ainda que os recursos existentes na atenção básica sejam limitados. Somando-se à ESF, foi criada uma política de atenção domiciliar, destinada a levar aos domicílios atendimentos que seriam originalmente prestados ao nível ambulatorial e/ou hospitalar. Dentre as atribuições estabelecidas nessa política, constam "identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades"; " abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações" e ainda acolher suas demandas de "dúvidas e queixas (...) como parte do processo de atenção domiciliar" (Brasil, 2013).

Cabe observar, entretanto, que a política de atenção domiciliar enfatiza a desospitalização, ou seja, a prestação de atendimentos em domicílio que poderiam estar se realizando nos hospitais – cuidados pós-operatórios, reabilitação pós-internação e demais serviços muitas vezes conhecidos como *home care*. Assim, o cuidado tende a ser centrado nos casos nos quais há uma indicação médica para a sua realização, estando frequentemente limitados ao cumprimento de objetivos previamente estabelecidos. Dessa forma, outras demandas importantes, como acompanhamento no domicílio e nas atividades sociais e/ou de lazer e a promoção da participação social, não estão necessariamente contempladas nessa política. Além disso, a definição dos critérios de inclusão nas modalidades de atenção domiciliar pressupõe a existência de um cuidador identificado, seja esse um familiar ou alguém contratado pela família. Tal limitação mantém a família como principal responsável pela prestação de cuidados e, ainda, faz com que os casos em que não haja recursos familiares suficientes para o cuidado continuem não equacionados no âmbito da política pública.

Apesar da existência de modalidades domiciliares de promoção, atenção e vigilância em saúde na política de atenção básica, não se pode considerar que o Brasil já disponha realmente de uma política efetiva de cuidados para a sua população idosa e/ou dependente. É necessário ponderar que para isso são necessárias ações tanto no setor saúde quanto na assistência social, as quais devem ser voltadas para os sujeitos recipientes do cuidado e também para os seus cuidadores, sejam eles familiares ou não.

As políticas nessa área podem ser descritas como um conjunto de ações e legislações, a fim de apoiar, facilitar e universalizar esse tipo de atendimento, baseado no princípio de que cuidar e ser cuidado constitui um direito social. Tais políticas procuram fazer com que soluções para os custos, demandas e necessidades das pessoas que cuidam e das que recebem cuidados possam ser, sempre que possível, compartilhadas entre os indivíduos, a família, a sociedade e o Estado. Alguns exemplos de tais medidas são: ajuda financeira para cuidadores familiares e/ou para contratação de outros cuidadores, prestação de serviços de cuidados para idosos cujos

recursos familiares são insuficientes, implantação de redes para acompanhamento, orientação e supervisão dos cuidados.

Há, no país, algumas iniciativas pontuais no âmbito da política pública, como o Programa Acompanhante de Idosos, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que é voltado para idosos em situação de vulnerabilidade social e dispõe de equipes de cuidadores domiciliares. Outro exemplo digno de nota é o programa desenvolvido pela Secretaria Municipal de Assistência Social de Belo Horizonte, que contrata cuidadores para acompanhar em domicílio idosos em situação de vulnerabilidade social. Há que se ressaltar, entretanto, a falta de uma política nacional direcionada para a universalização do acesso aos cuidados, dado que a grande maioria dos projetos atualmente existentes ainda estão atrelados a iniciativas de gestores locais, sem uma fonte necessariamente definida de custeio, e sujeitos a descontinuidades em situações de mudanças na gestão.

A mobilização em defesa do estabelecimento de uma política nacional de cuidados vem crescendo, mas ainda enfrenta resistências e grandes desafios. Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos (PNFCI), com a meta de qualificar dezenas de milhares de cuidadores em todo o país (Groisman, 2013). Apoiado num referencial curricular que definia o cuidador como um ator que "desenvolve ações de apoio a pessoas idosas e sua família, numa relação em que há o reconhecimento da necessidade e do direito ao cuidado" (Brasil, 2007), o PNFCI pretendia utilizar os recursos e unidades da Política de Educação Permanente em Saúde para a formação desse trabalhador, visando à sua integração e futura incorporação às políticas públicas.

Entretanto, o pleno desenvolvimento dessa política enfrentou fortíssimas resistências de setores do Estado e da sociedade civil. Gestores se opuseram à continuidade do projeto porque temiam que a criação de uma nova profissão viesse a impactar as contas públicas, caso os estados e municípios fossem obrigados a contratar cuidadores e oferecer esse tipo de atendimento para a população necessitada. A essa resistência se somou a pressão de conselhos profissionais e sindicatos de outras profissões já estabelecidas que se julgavam detentoras de uma espécie de monopólio sobre o mercado de cuidados. Tais obstáculos levaram à interrupção prematura do PNFCI cerca de um ano após o seu início, fato que vem sendo considerado um grande retrocesso para a sociedade e para o desenvolvimento de políticas de cuidado no Brasil.

Segundo Giakomin e Couto (2010), o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) estão cada vez mais desafiados a cuidar de pessoas de idade frágeis, com e sem família, que poderiam ser apoiados por cuidadores de idosos. Entretanto, embora previstos há muitos anos, esses trabalhadores não têm a profissão reconhecida, não estão incorporados às políticas da saúde, tampouco à assistência social. Enquanto se discute se o cuidado pertence à saúde ou à assistência social, a população brasileira envelhece, e o idoso vulnerável e pobre, "cuja falta de

cidadania já o acompanha desde a infância, agora o alcança na perspectiva de uma velhice mais uma vez desamparada" (Giakomin & Couto, 2010: 234).

A carência de uma política mais robusta, dirigida para o empoderamento das pessoas que cuidam, ilustra a urgência de uma maior conscientização de gestores, trabalhadores e usuários da saúde, e da sociedade em geral, para a importância de se ampliar e universalizar o acesso aos cuidados. É necessário reconhecer que todo indivíduo tem o direito de receber cuidados, já que essa é uma atividade indispensável para a promoção da saúde, inclusão, participação social e, num sentido mais profundo, para a manutenção da dignidade e do direito à vida.

Apesar das dificuldades enfrentadas para a implantação e o desenvolvimento de políticas para o cuidado no país, a cada ano vem crescendo a mobilização de diversos setores da sociedade para o seu aprimoramento. A atividade remunerada de cuidador está definida atualmente pela Classificação Brasileira das Ocupações e está incluída na categoria dos trabalhadores domésticos. A luta pela transformação da ocupação de cuidador em profissão resulta do reconhecimento da necessidade de intensificação da escolaridade e formação inicial, uma melhor definição das suas atribuições e uma maior integração desses trabalhadores com as políticas públicas.

A conjuntura de trabalho para as cuidadoras no Brasil é extremamente difícil nos dias de hoje. A cuidadora familiar, ou seja, as esposas, mães, filhas e demais parentes sequer são vistas como trabalhadoras, já que numa sociedade de tradição patriarcal, o trabalho doméstico é visto como uma obrigação da família e não como um tipo específico de trabalho. É marcante a ausência de políticas de apoio aos cuidados, fato que vem contribuindo, num contexto de diminuição da disponibilidade familiar para exercer os cuidados, para a ocorrência de situações de negligência, violência e abandono de pessoas dependentes, sendo também digno de nota o crescimento da oferta de instituições asilares. Por sua vez, a cuidadora remunerada não tem a profissão reconhecida e devidamente valorizada. Ela acaba por exercer o seu oficio majoritariamente no mercado, já que as iniciativas de incorporação do cuidado domiciliar no setor público são ainda episódicas e focalizadas em projetos de abrangência limitada. Esse é o panorama dos desafios a serem enfrentados num cenário em que as novas ideologias do mercado e da gestão das populações tendem a responsabilizar cada vez mais os indivíduos e suas famílias pelo seu próprio bem-estar.

No campo da saúde mental, o envelhecimento da própria população de usuários dos serviços vem trazendo crescentes desafios para as ações e políticas atualmente estabelecidas, como, por exemplo, os centros de atenção psicossocial (Caps) e os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), já que às necessidades do cuidado na saúde mental, tendem a se somar outras relacionadas ao envelhecimento. Historicamente, a atenção ao idoso não vem constituindo um tema prioritário para as políticas da saúde mental, cujo único serviço voltado para um grupo etário específico é o centro de atenção psicossocial infantojuvenil (Capsi). Entretanto, o envelhecimento dos usuários da política de saúde mental e, ainda, as necessidades de atenção à saúde

mental dos idosos, de modo geral, sugerem a necessidade de se instrumentalizar os diversos serviços e equipamentos da política de saúde para um maior acolhimento a essa parcela da população.

No âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, a ESF vem sendo apontada como um elemento-chave para a promoção da saúde do idoso, para a identificação de situação de riscos e, também, para o apoio no manejo e orientação dos cuidados. Entretanto, a fim de que isso possa ser feito de forma a atender a crescente demanda por cuidados, será necessário aumentar os recursos para a promoção dos cuidados familiares e comunitários, como serviços de cuidadores domiciliares, centros de cuidado diurno, ambulatórios para reabilitação psicomotora, grupos para cuidadores e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) com profissionais de gerontologia e geriatria, dentre outros. É preciso instrumentalizar a atenção básica com recursos para que possa ser parceira das famílias e da comunidade na promoção da saúde, autonomia e melhoria das condições de vida das pessoas que envelhecem e que eventualmente necessitam de cuidados.

O termo cuidador teve o seu uso adotado há relativamente pouco tempo na literatura científica nacional, inicialmente como uma tradução de *caregiver* do inglês. Na primeira geração de textos sobre o assunto, na década de 1990, as cuidadoras foram inicialmente categorizadas segundo o tipo de vinculação que mantinham com o sujeito recipiente do cuidado. Eram rotuladas como cuidadoras informais ou formais ou, ainda, como primárias ou secundárias. Hoje, entretanto, considera-se que uma classificação baseada em separações arbitrárias não faz justiça às especificidades e à fluidez das relações de cuidado. Para Daly e Lewis (2000), o cuidado deve ser entendido como uma categoria que cruza diversas esferas e, nesse sentido, as dicotomizações tradicionais, como a separação entre cuidados pagos e não pagos, ou entre os cuidados dos idosos e dos outros grupos populacionais, tendem a produzir uma fragmentação na forma como o problema é abordado. Para McIntyre (2003), superar a separação entre saudáveis e doentes e entre jovens e idosos é uma maneira de nos sentirmos pertencentes a um mesmo contínuo, em que a necessidade de cuidados é inerente à nossa condição de seres humanos.

## NECESSIDADES DE CUIDADO DOMICILIAR AOS USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RESPONSABILIDADE DE QUEM?

Embora o desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) seja indubitavelmente uma das principais conquistas do processo de transformação das práticas, modelo e paradigma para a assistência na saúde mental, a execução das políticas públicas nesse campo sofre influências e limites decorrentes do contexto mais amplo de retração do Estado e da crescente responsabilização das famílias e indivíduos pela sua própria previdência e bem-estar. Vasconcelos (2007) mostra como a organização e o associativismo de usuários e familiares vem crescendo no país, embora esse seja um

assunto, como afirma o autor, ainda muito pouco abordado. Ainda assim, o associativismo vem abrindo possibilidades para fortalecer o controle e a participação social, representando, portanto, uma oportunidade para o empoderamento de usuários e seus familiares. Entretanto, de acordo com Vasconcelos (2007: 197),

> no atual contexto de neoliberalismo e crise das políticas sociais a atuação de associações civis provedoras de serviços e de iniciativas de ajuda e suporte mútuos, quando apresentam um perfil exclusivamente voluntarista e assistencialista, acabam por se tornar perfeitamente funcionais para a lógica de desresponsabilização do Estado em relação às necessidades coletivas da população.

O tensionamento quanto à divisão de responsabilidades entre o Estado e as famílias e indivíduos é traço característico das políticas públicas nacionais. Os cuidados domiciliares frequentemente são entendidos como da alçada das famílias, sendo prestados pelo Estado somente em situações muitas vezes limitadas ou em condições restritas de acesso. Embora a Raps disponha de cuidadores, a atuação deles tem-se limitado a situações específicas, como os núcleos de longa permanência das instituições de saúde mental e os SRTs vinculados à política de desinstitucionalização – estes últimos voltados prioritariamente para os egressos das internações psiquiátricas de longo prazo e em processo de ressocialização. Assim, excetuando-se esses casos específicos, o cuidado aos indivíduos usuários dos serviços de saúde mental tende a se apoiar fortemente no pressuposto da capacidade de autonomia desses sujeitos, apostando-se também na responsabilização familiar, quando disponível e/ou necessária.

A valorização da autonomia vem constituindo um traço marcante de diversas produções do campo da saúde mental. Campos e Campos (2006: 669) ressaltam que "os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam (...) a própria produção da saúde e também a coconstrução de capacidade de reflexão e ação autônoma para os sujeitos [trabalhadores e usuários] envolvidos nesses processos". Para esses autores, entretanto, a autonomia não seria "o contrário da dependência", mas sim "a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências" (Campos & Campos, 2006: 670). Dessa forma, reconhecendo a natureza relativa das nossas diversas (in)dependências, um dos desafios para a consolidação do direito à saúde é a falta de recursos para apoiar as autonomias possíveis, sem negligenciar as necessidades de cuidado e as situações de dependência porventura existentes.

No campo da saúde mental, os cuidadores ainda têm a sua mão de obra bastante desvalorizada, seja quando são vistos como força de trabalho voluntária e gratuita – os familiares cuidadores –, seja em decorrência da baixa remuneração e escolaridade, – os cuidadores recrutados para trabalhar nos SRTs e núcleos de longa permanência. Ao mesmo tempo, a provisão de cuidados domiciliares para os usuários não inseridos em contextos de acesso limitado, como os SRTs, permanece, na grande maioria dos casos, no âmbito das responsabilidades privadas das famílias e indivíduos. Levando-se, entretanto, em consideração a possibilidade de crescimento do número de indivíduos com limitações na sua funcionalidade,

inclusive entre os usuários dos serviços de saúde mental, resultado do processo de envelhecimento que ocorre transversalmente na sociedade brasileira, o desamparo daqueles que necessitarem de cuidados domiciliares ou em modalidades diferenciadas da oferta disponibilizada tende a se agravar sensivelmente.

As iniquidades no acesso a modalidades de cuidados prestados nos domicílios, à rede de serviços intermediários ou a recursos de apoio aos cuidadores (sejam eles familiares ou não) também se apresentam para os usuários dos serviços de saúde mental, já que a intersetorialidade e a integração entre as diferentes políticas são elementos fundamentais para o adequado atendimento às demandas existentes nos diferentes níveis da atenção. Assim, se as políticas voltadas para o segmento idoso apresentam fragilidades na sua cobertura e/ou operacionalização, tais limitações também incidirão sobre usuários idosos da Raps que necessitarem de atendimentos ou serviços externos à própria política de saúde mental. Da mesma forma, como o processo de envelhecimento da população é transversal às diversas políticas e setores, a própria política de saúde mental não pode se manter à margem dessa realidade, devendo também se adequar para compreender e, dentro dos seus limites, buscar atender as necessidades que tais transformações vierem a trazer para a sua população de usuários.

## A CRISE NOS CUIDADOS E O FUTURO PRÓXIMO: POSSIBILIDADES DE REFORMA?

No Brasil, talvez o mais emblemático exemplo de efeito de transformação nos cuidados tenha ocorrido nas políticas de saúde mental. Esse processo tem como marco do seu início as denúncias sobre as terríveis condições de funcionamento e tratamento do manicômio situado na cidade de Barbacena, Minas Gerais, no final da década de 1970, as quais ganharam divulgação nacional com uma série de reportagens publicadas pela mídia local e também com um documentário exibido em diversas capitais. Esses acontecimentos, que não eram exclusivos do manicômio de Barbacena e se reproduziam em diversos outros estabelecimentos dedicados à internação psiquiátrica, motivaram a eclosão do movimento de luta antimanicomial, o qual, anos depois, conseguiu mobilizar a sociedade e o Estado para promover o que ficou conhecido como a reforma psiquiátrica brasileira (RPB).

Segundo Pitta (2011), o movimento pela RPB agregava uma série de atores de diferentes segmentos, tais como movimentos sociais de profissionais, trabalhadores, usuários, familiares, militantes dos direitos humanos, gestores, sindicatos e associações, que lutavam não apenas pela humanização da assistência na saúde mental, mas também pela democratização da sociedade. Era a época de ditadura militar, que mantinha conhecidas relações com alguns dos grupos empresariais que exploravam a assistência à saúde nos moldes que se tornaram objeto de contestação.

A transformação do modelo de cuidados na saúde mental, operada pelo movimento de reforma, conseguiu deslocar o eixo da assistência, até então centrado

na institucionalização asilar/hospitalar, na direção de um modelo de cuidados com ênfase em equipamentos comunitários e territorializados. O movimento vem também atuando e militando para desestigmatizar, reintegrar socialmente e promover a inclusão dos usuários da rede de saúde mental, já que, como afirma Bezerra Júnior (2007: 249), trata-se também de uma luta "contra a exclusão e a favor da tolerância e respeito pela diferença".

A ebulição de produções, mobilizações, militância e realizações que caracterizaram a RPB, entretanto, contrastam com uma mobilização menor na área dos direitos da pessoa idosa, que tem uma plataforma de reivindicações mais difusa e não enfatiza necessariamente a questão dos cuidados. Apesar das recorrentes denúncias de maus-tratos a pessoas idosas em diferentes contextos, as crises eventualmente deflagradas não conseguiram até hoje suscitar um movimento de transformação nas práticas de cuidado que pudesse ser caracterizado como reformista. Ainda que a Política Nacional do Idoso, por exemplo, previsse a implantação de uma rede de serviços voltados para o cuidado comunitário e domiciliar, tais intenções não se transformam em realidade, e o modelo até então vigente, preso a políticas focais da assistência social, muitas vezes amparado pela lógica do asilamento e sustentado pela crescente privatização dos cuidados, tende a permanecer hegemônico. Segundo Vasconcelos (2007: 202), entretanto, o projeto utópico da reforma psiquiátrica não era somente o de uma sociedade livre de manicômios, mas também o de uma sociedade que assumisse "as bandeiras de garantia da cidadania e do cuidado para todos os cidadãos, mas particularmente para todos aqueles marcados por formas de dependência e sofrimento".

A RPB influenciou e foi também influenciada pelo movimento de luta pela democratização da sociedade e da saúde, que deflagrou a chamada Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 1980. De acordo com Bahia (2009), a convergência entre mudanças teórico-conceituais acerca das concepções sobre as relações entre saúde, Estado e sociedade e as lutas pelas liberdades democráticas confluíram para a operacionalização da RSB, a qual, posteriormente, contribuiu para a inclusão do direito à saúde na Constituição Federal e para a criação do SUS no país. A RSB não deve ser considerada uma reforma circunscrita ao setor saúde, tampouco deve ser reduzida à sua formulação institucional, o SUS. É necessário entender a RSB como um projeto de reforma social, em que se articulam proposições de mudança em diversas dimensões (Paim, 2008). Arouca, um dos idealizadores da reforma, costumava afirmar que a RSB era, na verdade, "um projeto civilizatório (...), pois o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira" (Brasil, 2003: 10).

Segundo Paim (2008), as respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde, ultrapassam a política institucional desse setor e demandam políticas em diversas áreas. O autor enumera os problemas que a reforma enfrentou no processo de implantação do sistema público de saúde brasileiro: subfinanciamento desse setor, privatização e enxugamento do Estado pelos governos neoliberais da década de

1990, recorrentes crises econômicas e fiscais, desvio de recursos da seguridade social, clientelismo político e a má gestão dos recursos empregados, bem como conflitos com os interesses mercantis do empresariado da saúde, dentre outros. As contradições e impasses na efetivação do direito à saúde levaram à coexistência de múltiplas visões sobre o que seria o SUS e também a uma discrepância entre o sistema de saúde formal – conforme previsto na legislação – e a sua realidade como serviço público, permeado de problemas e deficiências.

É, portanto, no cenário de contradições da política pública brasileira que o problema dos cuidados emerge, aparentemente sem que os movimentos sociais o abracem de forma expressiva como causa e bandeira de luta. Pensar numa hipotética e utópica reforma como resultante de um movimento pelos cuidados significaria, necessariamente, prever o embate contra uma visão muito enraizada na moralidade da sociedade brasileira que considera o cuidado como um problema privado de cada um e como obrigação das famílias. Mais do que isso, significaria retomar pontos caros e comuns à agenda de algumas outras mobilizações sociais dos setores saúde, assistência social e direitos humanos, como a necessidade de se redefinir o papel do Estado no provimento de bem-estar para a população e na garantia de universalidade e acesso a serviços e condições essenciais ao direito à vida, à saúde e à dignidade. Além disso, implicaria ter que abordar um assunto delicado e pouco discutido: o pacto de solidariedade entre as gerações, ou seja, a forma como os mais jovens e mais velhos interagem e se apoiam na sociedade, tendo em vista os diferentes graus de comprometimento dos segmentos da sociedade para o reconhecimento do cuidado como direito social. É possível, no entanto, que um movimento pelos cuidados, que talvez demandaria o acolhimento de visões alternativas e contra-hegemônicas ao discurso geriátrico-gerontológico sobre a dependência, a falta de autonomia e a fragilidade na velhice, permaneça ainda por muito tempo como apenas uma vaga possibilidade no horizonte das ideias utópicas para a sociedade.

No Brasil, o mercado de cuidados vem crescendo em ritmo exponencial, não apenas por causa das transformações na família e das mudanças no perfil de idades da população, mas também como reflexo da privatização delegada aos problemas do cuidado, num cenário de desolação, no que diz respeito às políticas públicas destinadas a essa questão. A gestão do cuidado vem atuando para trazer pequenas regulações, definindo direitos trabalhistas e padrões para a jornada de trabalho desses atores.

Na mesma direção, encontra-se a discussão sobre a regulamentação da profissão de cuidador. Tais regulações, embora necessárias do ponto de vista da melhoria e fortalecimento da qualidade da prestação de serviços de cuidados, tendem em contrapartida a tornar a contratação desse tipo de serviço mais onerosa, num cenário no qual praticamente nenhum tipo de auxílio financeiro é concedido para as famílias que têm pessoas dependentes de cuidado. A tendência a relegar para as famílias e para o *mercado* o problema dos cuidados pode produzir aquilo a que Tronto (2013: 1.946) se refere como um "círculo vicioso de desigualdade nos cuidados", já que a condição

econômica de um indivíduo torna-se um importante determinante para a qualidade dos cuidados que receberá. Simultaneamente, a necessidade de prover os meios para garantir os cuidados de si mesmo ou daqueles que lhe são próximos acirra o individualismo e a ideologia de que os cuidados são um problema da vida privada e não da sociedade em geral.

## SUGESTÕES DE LEITURA

CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

HIRATA, H. & GUIMARÃES, N. A. (Orgs.). *Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012.

JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A. & DA SILVA, P. R. (Orgs.). *Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

## REFERÊNCIAS

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 753-762, 2009.

BATISTA, A. S. & ARAÚJO, A. B. Intimidade e mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência. *Sociedade e Estado*, 26(1): 175-195, 2011.

BATISTA, A. S. *et al*. *Envelhecimento e Dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2008.

BEZERRA JÚNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, 17(2): 243-250, 2007.

BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Considerações sobre a família, asilo, (im)previdência social e outras coisas mais. *Kairós Gerontologia*, 4(2): 135-148, 2001.

BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Dez anos depois: considerações sobre família, assistência médica, lugar para morar, (im)previdência social e outras coisas mais. *Revista Portal de Divulgação*, 17: 4-15, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde: conferência Sergio Arouca – Manual.* Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Proposta do perfil de competências profissionais do cuidador de pessoas idosas com dependência. Brasilia: 2007. (Mimeo.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 maio 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, *Diário Oficial da União*, 2013.

BURKE, P. Quem cuida de quem? TV Cultura, 22 ago. 2011. Disponível em: <www.youtube.com/watch?v=GVnGi37Vw3E>. Acesso em: 27 jan. 2015.

CAMARANO, A. A. & MELLO, J. L. E. Introdução. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMPOS, R. T. O. & CAMPOS, G. W. S. Coconstrução da autonomia: o sujeito em questão. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al*. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

DALY, M. Care as a good for social policy. *Journal of Social Policy*, 31(2): 251-270, 2002.

DALY, M. & LEWIS, J. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British Journal of Sociology*, 51(2): 281-298, 2000.

DENÚNCIAS de crimes contra idosos crescem quase 200% em um ano. Fantástico, 13 jan. 2013. Disponível em: <http://glo.bo/UhRiKm>. Acesso em: 27 jan. 2015

FINE, M. Renewing the social vision of care. *Australian Journal of Social Issues*, 39(3): 217-231, 2004.

FINE, M. *A Caring Society? Care and the dilemmas of human services in the 21st century.* New York: Palgrave, 2007.

FINE, M. Employment and informal care: sustaining paid work and caregiving in community and home-based care. *Ageing International*, 37(1): 57-68, 2011.

GIAKOMIN, K. C. & COUTO, E. A fiscalização das ILPIs: o papel dos conselhos, do Ministério Público e da vigilância sanitária. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

GLENN, E. N. Creating a caring society. *Contemporary Sociology*, 29(1): 84-94, 2000.

GORFINKIEL, M. D. El mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿cómo concilian las cuidadoras? *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2): 71-89, 2008.

GROISMAN, D. Formação de cuidadores de idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil. *In*: MOROSINI, M. V. G. C. *et al*. (Orgs.). *Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

GROISMAN, D. *O Cuidado Enquanto Trabalho: envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil*, 2015. Tese de Doutorado em Serviço Social, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

HIRATA, H. & KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, 37(132): 595-609, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Sinopse do Censo Demográfico 2010.* Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 2000/2060. Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período de 2000/2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 25 jan. 2017.

KÜCHEMANN, B. A. Mulheres, estado e cuidados: tensões e desafions do feminismo. *In*: FAZENDO GÊNERO 9: DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, 2010, Florianópolis. Disponível em: <www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278114245_ARQUIVO_TextoASTRIDparaST12.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

MCINTYRE, M. Dignity in dementia: person-centered care in community. *Journal of Aging Studies*, 17(4): 473-484, 2003.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. *In*: MATTA, G. C. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4.579-4.589, 2011.

PUGA, D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Revista Española de Salud Pública*, 79(3): 327-330, 2005.

STONE, D. For love nor money: the commoditication of care. *In*: ERTMAN, M. M. & WILLIAMS, J. C. (Eds.). *Rethinking Commodification.* New York: New York University Press, 2005.

TRONTO, J. C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? *In*: JAGGAR, A. M. & BORDO, S. R. (Orgs.). *Gênero, Corpo, Conhecimento.* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

TRONTO, J. C. *Caring Democracy: markets, equality and justice*. New York, London: New York University Press, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saude mental no Brasil. *Vivência*, 32: 173-206, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente e a crescente difusão do crack : balanço e perspectivas de ação. *O Social em Questão*, 28, ano XV: 149-186, 2012.

VERAS, R. P. *País Jovem com Cabelos Brancos.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, Eduerj, 1994.

# 8

# Linhas de Cuidado na Valorização da Vida

*Carlos Estellita-Lins, Clarice Portugal* e *Veronica Miranda de Oliveira*

Geralmente chama-se suicidologia a área de pesquisa em que encontramos psicólogos, psiquiatras, epidemiologistas, bioeticistas, demógrafos, psicanalistas, historiadores, literatos, linguistas, teólogos, filósofos, entre outros interessados no tema do suicídio, que significa morte autoinflingida. Talvez, devido à contribuição atual da interdisciplinaridade, haja muita divergência sobre o conceito de suicídio. Por esse motivo, utilizaremos a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), modificada por Bertolote (2012: 21), que entende o suicídio como:

> um ato deliberado, intencional, de causar a morte a si mesmo, ou, em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tenha a clara noção (ou fonte de expectativa) de que pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado.

O suicídio hoje é compreendido como transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos. Na perspectiva epidemiológica, cada vez mais hegemônica na saúde, devemos reconhecer que o suicídio é um desfecho que se encontra associado a outros agravos à saúde.

Dispomos de números e dados que mostram que o suicídio tem aumentado no mundo ao mesmo tempo que a sociedade o percebe como uma situação de extrema violência. O ato suicida contraria o senso comum segundo o qual a vida não deve ser jogada fora e deve-se ter amor incondicional a ela. Contudo, por mais que predomine a luta humana pela sobrevivência, não se pode esquecer a existência do suicídio. Em todas as culturas ou povos, encontramos um número relevante de homens e mulheres que se suicidam. O autoextermínio não é simplesmente um assunto privado ou apenas uma dimensão diagnóstica. O suicídio pertence inexoravelmente à experiência

humana e, se é capaz de chocar, impactar e impressionar, igualmente pode e deve ser prevenido (Cantor & Baume, 1999; Harris *et al.*, 2013).

Ainda que a saúde mental esteja bastante atenta para o problema da autoagressão e sua repercussão em inúmeras esferas da vida social, evidentemente não se deve limitar o interesse ao campo biomédico ou da saúde coletiva. A suicidologia emerge como setor interdisciplinar, convocando questões tão diversas quanto suicídio assistido, uso de substâncias psicoativas, assistência às urgências, desarmamento, arquitetura segura e demarcação de terras indígenas.

## SUICÍDIO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Nas últimas décadas a violência foi incluída na saúde pública, especialmente a violência entre jovens e o autoextermínio (Minayo, 1998). Quando se diz que o suicídio é um problema de saúde pública, isto significa que, como a intoxicação aguda por pesticidas, a resistência aos antimicrobianos, a candidíase invasiva, a obesidade infantil ou a inatividade física, trata-se de uma questão que afeta indistintamente a população e tem impacto nos sistemas de saúde pública e seus orçamentos. Contudo, além da amplitude ou magnitude, emergem incontornavelmente questões relacionadas com a hospitalidade, responsabilidade, relação com a morte e valorização da vida. Ao convocar ao respeito pelo sofrimento, o suicídio e sua prevenção reordenam questões importantes para a saúde mental, para a epidemiologia ou para o planejamento de ações em saúde (Hoven *et al.*, 2010; Stapleton *et al.*, 2014).

Segundo a OMS, anualmente, quase um milhão de pessoas morrem por suicídio; uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 ou, melhor dizendo, uma morte a cada 40 segundos. Em 1998, o suicídio correspondia a 1,8% dos óbitos e estima-se que esse valor chegará a 2,4% em 2020 (Bertolote & Fleischmann, 2009). Além disso, a taxa de suicídio entre adolescentes e jovens aumentou pelo menos 30% nos últimos 25 anos em nosso país (Bertolote, 2012). A população idosa no mundo também tem altos índices de suicídio, a OMS estimou, no ano 2000, taxas de homens e mulheres acima de 75 anos, respectivamente, em 50 e 16 por 100.000 (OMS, 2002). Nos EUA, em 2007, as taxas de suicídio na população geral, de 25 por 100.000, sobem para 40 por 100.000 quando se observam homens brancos de 65 a 85 anos (Conwell; Van Orden & Caine, 2011). Na China a taxa de suicídio em idosos em 2013-14 foi de 34,5 por 100.000 (Zhong *et al*., 2016).

Em 2020, ocorrerão um milhão e meio de suicídios no mundo. Esses eventos terão ainda mais impacto se observarmos que no mínimo cinco a seis pessoas serão afetadas pelo suicídio de alguém próximo. Chamamos de sobreviventes (*survivors*) aqueles que pranteiam, sofrem e fazem o luto pelo suicídio de algum ente querido. De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/Datasus), em 2012, 28 pessoas morreram a cada dia por suicídio, mais de uma por hora. Esse número é considerável em termos absolutos, mesmo ocorrendo subimputação e sub-registro de

informações sobre óbitos, ou seja, o número de mortes por suicídio pode ser bem maior do que vem sendo registrado como autoprovocado/autoinflingido (Brasil, 2006c).

Se observarmos dados de acidentes automobilísticos em 2006, por exemplo, chama a atenção o fato de que a categoria lesão autoprovocada intencionalmente por impacto com veículo motorizado (X82)[1] represente apenas 0,13%, enquanto a categoria pedestre traumatizado por acidente de transporte não especificado (V09) inclua 43,7% dos óbitos. Não seria difícil supor que ocorra subatribuição de atropelamentos autoprovocados, que estariam aninhados, porém ocultos nos índices de trauma por acidente não especificado. Os atropelamentos autoprovocados por veículos em movimento (incluindo trens e metrô, evidentemente) ou trauma por colisão de veículos constituem meios de autoextermínio muito presentes na literatura internacional. Esse aspecto tem menor importância no caso de precipitação/defenestração ou de enforcamento/estrangulamento e sufocação, pois uma atribuição de lesão autoprovocada intencional torna-se mais evidente, com exceção de situações dolosas. Quando certos meios são utilizados, verifica-se uma evidente dificuldade de atribuição de lesão autoprovocada, com a necessidade de perícia e atestado médico legal competente. Isso se verifica de modo relevante no caso dos acidentes de transporte e assassinatos, que são as principais causas de morte no Brasil. Estratos sociais mais ricos e poderosos tendem a omitir o suicídio como *causa mortis* por motivos securitários (assistência complementar ou seguro de vida), religiosos e de distinção/*status* de classe.

A taxa de suicídio nacional em 2012 foi de 5,4 por 100.00 habitantes. Na população com mais de 60 anos foi de 8 por 100.000. Entre 1980 e 2012, as taxas de suicídio tinham crescido de 62,5%, aumentando o ritmo a partir da virada de século, tanto para o conjunto da população quanto para a faixa jovem. No que diz respeito à distribuição por região, Centro-Oeste (6,5 por 100.000) e Sul (8,5) aparecem como detentores das maiores taxas na população total. Dentre os estados, os índices mais elevados foram observados no Piauí (7,4), Roraima (8,1), Minas Gerais (6,4), Mato Grosso do Sul (8,4), Santa Catarina (8,6) e Rio Grande do Sul (10,9) (Waiselfisz, 2014).

As taxas de suicídio entre os guarani-caiowá, no entorno de Dourados em Mato Grosso do Sul, foram dez e 19 vezes maiores do que as do estado do Mato Grosso do Sul e do Brasil, respectivamente (Lovisi *et al*., 2009). Os caiowá apresentam um índice vinte vezes maior que as taxas médias do país, e o povo sorowahá teve sua média aumentada de 123,6 (entre 1980 e 1995) para 1.922 por 100.000 pessoas (Oliveira & Lotufo Neto, 2003). Na população geral do Amazonas foi reportada taxa de mortalidade

[1] As notificações de óbitos ao SIM/Datasus utilizam a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID. A partir de 1996, passou-se a utilizar a CID-10 (10ª revisão da classificação). A causa de óbito pode ser recuperada segundo as classificações do capítulo XX, que trata exclusivamente de causas externas de morbidade e mortalidade, consistindo em nove grandes grupos, 39 grupos e 373 categorias (V01 até Y98). Os suicídios recebem códigos situados entre X60 e X84.

por suicídio de 4,2 por 100.000 habitantes, em contraposição a municípios com alta proporção de população indígena, como São Gabriel da Cachoeira (51,2) ou Santa Isabel do Rio Negro (36,4), onde a maioria dos suicídios ocorreu em homens jovens, entre 15 e 24 anos, por enforcamento no domicílio.[2] Esse contraste nas aferições de taxas de suicídio entre indígenas e população geral também foi observado no Alasca, Canadá e EUA. Entre os índios aldeados, o suicídio tem sido relatado entre os guarani-apapokuva, urubu-kaapor, paresi e yanomani. As taxas estimadas entre os ticuna são elevadas – 113 por 100.000 segundo a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), entre 2000 e 2008. Nessa etnia, os óbitos por suicídio aproximam-se a 28% do total de mortes naquela população entre 1994 e 1996 (Erthal, 1998).

Estudos internacionais também mostraram altas taxas de suicídio entre os povos indígenas do Canadá, Nova Zelândia e Austrália. Tais estudos apontaram a desintegração cultural, marginalização e abuso de álcool como prováveis fatores concorrendo para números tão altos (Leenaars, 2006; Hunter & Harvey, 2002). Acredita-se que conflitos de terra indígena, extração ilegal de madeira e catástrofes climáticas também devem ser investigados. Seria pertinente aqui retomar a noção durkheimiana de suicídio anômico (Durkheim, 1898, 1990), que diz respeito a momentos de crise ou desagregação social (Gibbs & Martin, 1959; Gibbs, 1969; Miley & Micklin, 1972; Marks, 1974; Pescosolido & Georgiana, 1989). De modo análogo, cabe destacar a importância de cosmologias, xamanismo, rituais funerários e formas distintas de vida religiosa entre os ameríndios, que implicam distintos itinerários terapêuticos e novas formas de utilizar recursos do Estado ou da floresta (Estellita-Lins, 2017).

Com esses números, fica claro que o suicídio é um problema amplo, generalizado, com determinação sociológica e cultural forte, portanto cabe à sociedade assumir que intervenções devem ser desenvolvidas para tentar diminuir essas mortes e reduzir o sofrimento daqueles indiretamente atingidos por elas. Esse é um problema já conhecido há mais de um século, que, contudo, vem sendo alvo de intervenções em saúde pública em um número restrito de nações do hemisfério norte (Cantor & Baume, 1999; Pellegrini Filho, 2004) e só muito recentemente contemplado em nosso sistema de saúde. A OMS (2012) recomenda um enquadramento das ações de saúde pública capaz de identificar todos os *stakeholders* (atores intervenientes) potencialmente envolvidos, realizar uma análise da situação, avaliar requerimento e disponibilidade de recursos, obter compromisso político e resolver processos de estigmatização decorrentes.

[2] Em Mato Grosso do Sul, os dados consolidados pelo IBGE e SIM/Datasus em 2012 são bastante eloquentes. No município de Dourados, há 35,9% de indígenas na população geral, com taxas de suicídio de 19,6 por 100.000 habitantes. Amambaí com 61,1% e 37,4 suicídios por 100.000. Paranhos tem quase 60% de indígenas e chega a taxas de 89,03; Coronel Sapucaia com 63% e 35,5; Japorã com 73,9% e espantosos 65,4 suicídios, e Tacuru com 85% de indígenas e taxas de suicídio de 39,15.

## DIRETRIZES NACIONAIS PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Atendendo a uma resolução da 39ª Assembleia Mundial de Saúde, na década de 2000, a OMS lançou o Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (ou Supre-Miss na sigla em inglês – SUicide PREvention Program). O Brasil foi um dos oito países integrantes desse estudo (África do Sul, Brasil, China, Estônia, Índia, Irã, Sri Lanka e Vietnã). O projeto tinha dois componentes: o primeiro se tratava de um estudo longitudinal que comparava uma intervenção breve com o tratamento usual em pacientes que davam entrada em um pronto-socorro por tentativa de suicídio; e o segundo foi um estudo transversal no formato de inquérito populacional nas comunidades das cidades participantes, caracterizando o comportamento suicida na população em geral. A cidade de Campinas no estado de São Paulo foi escolhida para sediar esse estudo, sob a orientação de pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), coordenadas por Neury Botega.

O Supre-Miss é um programa que implementou uma série de manuais informativos destinados a grupos sociais e profissionais específicos. Essas publicações são utilizadas por países de todo o mundo, mostrando-se de extrema relevância para a prevenção do suicídio. Nessa mesma linha, a OMS recomenda que os Estados-membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção ao suicídio, o que foi tentado no Brasil a partir da década passada.

Na página do Ministério da Saúde encontram-se na íntegra as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio – instituídas pela portaria n. 1.876 de 14 de agosto de 2006 (Brasil, 2006b) –, como também o manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental publicado poucos meses depois (Brasil, 2006a). Essas diretrizes, relativamente recentes, envolvem importantes ações específicas, tais como o desenvolvimento de estratégias de promoção de qualidade de vida, educacionais, bem como de outras voltadas para a proteção, recuperação e prevenção de danos. Propõe-se ainda a organização de linhas de cuidado integrais e de pleno acesso em todos os níveis de atenção à saúde, tomando como norte a humanização em saúde. Sua implementação encontra-se ligada à qualificação da gestão e à educação permanente dos profissionais da saúde com enfoque específico no tema, tanto na atenção básica quanto na saúde mental e na rede de urgência e emergência.

Preconiza-se também uma especial preocupação com a informação e comunicação em saúde. Enfatiza-se a necessidade de investigar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio, de maneira a iluminar seus fatores protetores e de risco. Além disso, incentivam-se a elaboração de projetos estratégicos e a reorganização da rede de atenção e transformação das intervenções nos casos de tentativas. Para tanto, são fundamentais o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados que venham a subsidiar mais e melhores estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade. Sistemas de informação em saúde têm importância estratégica para ações de prevenção do suicídio.

No documento em questão, porém, fica claro que o suicídio não se restringe a um problema do setor saúde, mas trata-se de uma questão pela qual a sociedade como um todo deve se sentir responsável, o que não se faz sem a disseminação e apropriação do conhecimento e da informação em torno do suicídio e o desenvolvimento de ações intersetoriais. Para isso, é destacado o valor do intercâmbio entre os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) com outros afins, de maneira que os dados utilizados como base para tais ações sejam democratizados, aperfeiçoados e apropriados pelos setores técnicos e pela população em geral. Em novembro de 2016, o Ministério da Saúde realizou uma reunião para avaliar a implementação das diretrizes em que ficou decidido manter o documento original das diretrizes sem qualquer modificação. O processo de implantação foi avaliado como incipiente, embora algumas metas parciais tenham sido cumpridas.

É forçoso admitir que há muito a fazer no que toca à implantação dessas recomendações. Muitos avanços foram obtidos, mas ainda se constata uma grande lacuna entre aquilo que o SUS pode e deve oferecer aos que se encontram afetados por uma experiência tão dura e difícil de ser abordada nos serviços de saúde – e que de fato ocorre no cotidiano da atenção básica. Infelizmente, as diretrizes ainda são ignoradas por boa parte dos profissionais que estão na linha de frente do SUS. A criação de uma ficha de notificação individual, discriminando violência interpessoal/autoprovocada, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), tem importância para a prevenção do suicídio. Trata-se de um sistema de informação que conecta a ponta da assistência com uma base de dados centralizada. Essas iniciativas demandam tempo e esforços para se alcançar a funcionalidade esperada (Cf. documento instrutivo disponível na rede – Brasil, 2015).

## MANUAL PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

O suicídio apresenta-se frequentemente ligado a diagnósticos clínicos, sobretudo psiquiátricos (transtornos depressivos, transtorno de personalidade, abuso de substâncias psicoativas com destaque para o álcool). Se o suicídio for considerado um problema de saúde pública exigindo intervenções específicas por parte de seus profissionais, pode-se então destacar a atenção básica como um eixo importante para a prevenção do problema. Na Estratégia Saúde da Família (ESF), busca-se oferecer um olhar ampliado sobre as condições de saúde da população. Qualquer ação preventiva beneficia-se do fato de se encontrar profundamente inserida no território e com acesso mais fácil ao usuário.

Diante da constatação de que o suicídio aparece como um fenômeno frequentemente atrelado a quadros de sofrimento mental que, por vezes, são diagnosticados e/ou acompanhados por profissionais vinculados à ESF, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde um manual dirigido para os profissionais da atenção básica (Brasil, 2009). O documento parte do pressuposto que esse eixo de atenção em saúde mantém posição privilegiada para a realização de algumas intervenções: detecção precoce

dos transtornos mentais; avaliação da rede social dos pacientes em risco; oferta de cuidado, tratamento e consolidação de redes de referência e contrarreferência, e ainda avaliação e mapeamento dos mais diversos fatores contextuais (clínicos, ambientais, financeiros, psicológicos, sociais etc.) em que estão inseridos os pacientes em risco de suicídio (Brasil, 2009). A integração de ESF, Núcleo de Apoio à Família (Nasf) e Centro de Atenção Psicossocial (Caps) somente pode ocorrer por meio de respostas fornecidas pela rede para as questões clínicas.

O referido manual, ainda muito pouco difundido entre os profissionais da ESF e da atenção básica, encontra-se disponível gratuitamente em sua versão eletrônica na página do Ministério da Saúde e dispõe de algumas informações importantes acerca da detecção de transtornos mentais mais ligados ao risco de suicídio, formas de avaliação do risco e abordagem do paciente em risco. O manual tenta desfazer alguns mitos sobre o assunto, como, por exemplo, o de que falar sobre suicídio pode levar alguém a cometê-lo; ao contrário, abordar diretamente o assunto com o usuário diante da percepção de risco pode abrir espaço para o diálogo e a construção de uma intervenção que permita evitar tentativas de autoextermínio (Brasil, 2009). A saúde primária constitui uma prioridade na assistência aos transtornos mentais comuns, quadros mais graves dentro do espectro depressivo e especialmente na prevenção do suicídio. A capacitação de equipes da ESF e dos Caps é uma tarefa indispensável. Ela precisa ser continuada e sustentável.[3]

Outros preconceitos bastante difundidos e equivocados são: "quem quer se matar, se mata mesmo" ou "X tentou se matar para chamar atenção" – ambos inúteis na compreensão do lento e doloroso processo de ideação suicida. A questão da prevenção do suicídio não se reduz àqueles hospitalizados após sobreviverem a uma tentativa de autoextermínio. Toda pessoa que pensa em se matar, ou que chega a formular um plano para tal, precisa de ajuda rápida e eficaz. Qualquer unidade de saúde, seja de maior ou menor nível de complexidade, deve-se encarregar do cuidado aos sujeitos em risco e lidar com o problema de modo direto, explícito, respeitoso e comprometido.

Cabe aos profissionais considerar o suicídio como alvo de intervenção bem antes da configuração da tentativa, entendendo-o como evitável e demandando seguimento prolongado. Acredita-se que manuais e protocolos não são incompatíveis com o cuidado clínico individualizado e representam instrumentos para difundir boas práticas. Novas versões mais atualizadas, assim como iniciativas análogas, serão certamente bem acolhidas no campo. O desenvolvimento de manuais dedicados a grupos específicos é certamente uma tarefa de pesquisa e inovação para o futuro. Devem-se mencionar as inúmeras etnias indígenas, grupos militares ou paramilitares

[3] Há ainda outros manuais disponíveis *on line*, por iniciativa pertinente das esferas federais, estaduais ou municipais (OMS, 2006; Brasil, 2006d; Rio de Janeiro, 2016). Possivelmente o manual mais bem elaborado provém da tradição britânica de médicos de família (*general practitioners* – GPs). Ver o *site* do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) – NICE Guidelines e NICE Pathways.

com acesso a armas de fogo e possivelmente os próprios profissionais da saúde, que sabidamente constituem um grupo com taxas mais elevadas de suicídio.

## SUICÍDIO E MÍDIA: É PRECISO FALAR SOBRE ISSO

O suicídio mostra-se problemático na sociedade de maneira geral e, portanto, não poderia ser diferente na mídia, entendida como um conjunto de práticas sociais organizadas em vias, meios e dispositivos de comunicação de massa. O silêncio a respeito do tema, porém, opõe-se à sua significância na saúde pública (Estellita-Lins, 2012).

Os primeiros estudos que descreveram o *bullying* em países nórdicos sugeriam uma correlação entre violência, educação e suicídio. Njaine e Minayo (2004) frisam a importância da relação entre violência e mídia no processo educativo em saúde, destacando a participação de diversos órgãos de atuação nacional e internacional preocupados com questões de saúde que já estabeleceram iniciativas para esses fins. Em 1993, a Associação Norte-Americana de Psicologia, no relatório *Juventude e Violência*, destacou a importância da intervenção e da prevenção da violência na mídia, por parte dos profissionais de educação e saúde. A Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou um manual intitulado *Promoção de Segurança da Criança e do Adolescente Frente à Mídia (TV, Internet)* (Doria Filho, 2001). Essa preocupação por parte de instituições interessadas vem corroborar a ideia de que a mídia tem uma função relevante na sociedade contemporânea, fornecendo uma vasta gama de informações de diversas formas. Ela influencia fortemente atitudes, crenças e comportamentos nas comunidades e desempenha um papel importante na prática política, econômica e social. Por esse raciocínio, podemos ver que a mídia pode também dar uma contribuição significativa na prevenção do suicídio.

No entanto, o que se observa é o caráter problemático do tema suicídio na mídia (impressa ou não) – divulgação de meios, sensacionalismo, destaque ao bizarro. Na perspectiva de Dapieve (2007), isso configuraria mais um reflexo das expectativas e do posicionamento social diante do problema do que propriamente um vetor de contágio. Cash e Bridge (2009), por sua vez, observam que a internet pode contribuir tanto para incrementar quanto para diminuir o risco em relação ao suicídio. Em sua revisão, verificaram que dois estudos examinam em que medida a informação acerca de métodos para cometer o suicídio e como *sites* pró-suicídio podem ser encontrados por meio de ferramentas de busca. Biddle e colaboradores (2008) afirmam que metade dos *sites* sobre suicídio localizados por eles divulga alguma informação sobre como cometer o ato. Recupero, Harms e Noble (2008) revisaram 373 *sites* e perceberam que 11% continham informações pró-suicídio; 30,8%, informações pró e contra o suicídio; 29,2%, dados somente contra o suicídio e 9,1% não eram avaliáveis. Aproximadamente 20% dos *sites* que não continham referências específicas sobre o tema tinham um *hiperlink* ou anúncio para venda *on-line* de medicamentos para cometer o suicídio. Não se pode esquecer que usuários de *sites* desse tipo acabam criando identidades virtuais

com insuspeitado valor social. A vulnerabilidade dos usuários nessas circunstâncias não impede que redes sociais, plataformas digitais ou recursos midiáticos também propiciem pertença comunitária, compreensão e apoio aos problemas. Como afirmam Baker e Fortune (2008: 120),

> Se pesquisadores e profissionais de saúde pretendem entender as pessoas que utilizam *websites* de autoagressão e suicídio, devem assumir uma visão mais equilibrada e não somente focar nos possíveis riscos associados com a utilização destes *sites*.

Segundo Stack (2003), num estudo realizado em Detroit, o papel dos meios impressos no processo de imitação teria maior peso que os meios eletrônicos. A televisão tem uma probabilidade 82% menor de deflagrar suicídios do que os jornais. Isso porque na televisão uma notícia dura em média quarenta segundos e pode ser esquecida ou passar despercebida, ao contrário das notícias impressas, que podem ser guardadas, relidas e afixadas nas paredes. Strasburger (2009, 2011) assinala que filmes que glorificam o suicídio e fracassam em apresentar técnicas para enfrentar situações difíceis podem doutrinar os jovens sobre a inutilidade de buscar ajuda.

A OMS, em 2000, publicou um documento com uma série de recomendações, intitulado *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia,* com o objetivo de enfatizar o impacto que a cobertura midiática pode ter nos suicídios, indicar fontes de informação confiáveis, sugerir como abordar suicídios tanto em circunstâncias gerais quanto específicas e apontar as armadilhas a serem evitadas nas coberturas de suicídios (OMS, 2000). Uma pedra angular desse documento consiste em compreender que este desfecho está ligado a sofrimento e doenças, além de informar sobre as iniciativas de prevenção. Acredita-se que a esperança (*hope*) pode representar uma postura relevante a que os profissionais de saúde devem estar atentos. Essa noção desponta como conceito emergente no campo, junto com sua contrapartida – *hopelessness* –, que não deve ser compreendida como desespero, mas como falta de esperança.

Araújo, Vieira e Coutinho (2010) enfatizam o reforço dos fatores considerados protetores e a diminuição daqueles de risco. Nesse sentido, cabe pensar a influência midiática e a importância de alguma forma de capacitação dos profissionais da comunicação para tratar a questão do suicídio de forma responsável. Campanhas educativas de grande divulgação, informando sobre a ideação suicida e as características usualmente relacionadas a tais contextos podem concorrer para a modificação dos ambientes culturais e sociais, no sentido de torná-los cuidadores, responsáveis e agentes promotores de saúde (Souza *et al*., 2011). Não se trata de ignorar ou silenciar os suicídios, mas sim de utilizar melhor os grandes meios de comunicação como ferramentas de construção de conhecimento acerca do tema. É imprescindível prosseguir disponibilizando informação sobre o suicídio e as formas de preveni-lo, de maneira crítica e favorável às trocas e ao debate.

## O VALOR DOS GUARDIÕES

Os guardiões ou *gatekeepers* consistem basicamente em atores sociais que não são necessariamente técnicos ou detentores de uma formação profissional específica, mas que se encontram em posição privilegiada na comunidade por interagir com pessoas em situação crítica no cotidiano, podendo funcionar como ponte entre o sistema de saúde e seus usuários. Esse conceito deriva da teoria de comunicação de massa, origina-se em Kurt Lewin e chega até os teóricos da agenda pública. Inclui-se nessa categoria uma vasta gama de profissionais em posição de reconhecimento de crise e de sinais de aviso relacionados com o suicídio, a saber: autoridades locais, agentes de segurança, porteiros, profissionais de ensino, clérigos, lideranças religiosas e comunitárias, educadores, farmacêuticos, trabalhadores do sistema prisional, militares, policiais, profissionais da saúde etc. Os guardiões são considerados figuras importantes por terem contato direto com populações consideradas potencialmente vulneráveis, podendo, assim, melhor identificar pessoas em risco e direcioná-las ao socorro ou tratamento (Mann *et al*., 2005). A literatura internacional indica que a participação desses atores contribui positivamente para diminuir os custos, visto que, com sua colaboração, as pessoas chegam ao sistema de saúde antes do agravamento do caso, sem que se torne necessário o uso de recursos de maior complexidade (Martin *et al*., 1989).

Principalmente no que tange ao risco de suicídio, é sabido que membros da comunidade podem ser treinados para o reconhecimento de indivíduos em risco. A participação dos guardiões tem se mostrado uma estratégia efetiva, que contribui para o empoderamento dos usuários, que aceitam e se identificam com os guardiões. No entanto, é preciso também que se acompanhe a longo prazo em que medida esse novo conhecimento é usado na prática (Capp, Deane & Lambert, 2001). Alguns aspectos fundamentais do papel dos guardiões consistem no comprometimento de lideranças comunitárias, comunicações consistentes e regulares em torno da prevenção do suicídio, investimento na diminuição do estigma relacionado à procura de ajuda ou tratamento em situações de sofrimento psíquico e identificação e treinamento dos guardiões cotidianos (Knox, Conwell & Caine, 2004). Em uma revisão sistemática sobre estratégias de prevenção do suicídio, verificou-se que, aliada à educação dos médicos e restrição dos meios, o treinamento de guardiões é uma das vias mais promissoras para o incremento da prevenção do suicídio (Mann *et al*., 2005).

De acordo com esse raciocínio, os profissionais da atenção básica – sobretudo os agentes comunitários de saúde (ACSs) – são candidatos a um papel potencialmente precioso na detecção de usuários em risco de suicídio. Seu maior contato com as famílias, sua inserção na comunidade e a função mediadora que ocupam na ESF contribuem para que possam perceber com mais clareza angústias e sofrimentos que muitas vezes passam despercebidas em atendimentos de rotina. Algumas pesquisas, contudo, têm sugerido que o ACS adquire eventualmente uma visão distorcida da saúde mental,

sente-se inseguro, despreparado e ainda sofre de agravos mentais como estresse e *burnout*, que o prejudicam diretamente nesse desempenho (Brêda & Augusto, 2003; Camelo & Angerami, 2004, 2007; Barros & Pillon, 2007). O papel dos guardiões não pode evidentemente ser prescrito, pois não é privilégio de nenhum cargo ou função. Em contrapartida, pode-se recomendar que gestores e profissionais da saúde fiquem atentos para a importância desses atores na tomada de decisão compartilhada.

## PRIMEIROS SOCORROS EM SAÚDE MENTAL

As situações de urgência em saúde mental têm recebido pouca atenção. A noção de crise psíquica tem valor operacional e relevo em suicidologia (Botega *et al.*, 2006). Nem a reforma psiquiátrica nem a universidade foram capazes de fomentar atitudes de cuidado emergencial até o momento. As urgências psiquiátricas não recebem atenção suficiente. Há dificuldade na articulação da saúde mental com a política nacional de assistência às urgências (no nível pré-hospitalar e hospitalar). Anthony Jorm, pesquisador australiano, desenvolveu um programa de treinamento para instrutores de primeiros socorros (Mental Health First Aid – MHFA), com o objetivo de melhorar a competência em saúde mental da população australiana. Esse treinamento visa a ajudar na intervenção em crises e detecção precoce de algum tipo de transtorno mental (Jorm, 1997; Robinson *et al.*, 2008). Os cursos são abertos para pessoas que lidam diretamente com público, como profissionais de recursos humanos (RH), professores, pessoas que trabalham em comunidades e serviços de emergências, policiais, profissionais da urgência pré-hospitalar (ambulâncias e bombeiros), bem como para qualquer indivíduo que acredite que é um dever de cidadão aprender técnicas de primeiros socorros em saúde mental.

Os participantes do treinamento são apresentados a um plano de ação de cinco etapas, para a prestação de primeiros socorros em saúde mental a um indivíduo em crise: 1) avaliar se há risco de suicídio ou danos; 2) ouvir sem julgar; 3) fornecer segurança e informação pertinente; 4) incentivar a obter ajuda profissional adequada; 5) incentivar outras estratégias de apoio e autoajuda.

Para ingressar no curso, os candidatos passam por uma seleção em que devem atender a critérios como: conhecimento de transtornos mentais, alguma experiência com pessoas em sofrimento mental, boa atitude em relação aos portadores de distúrbios ou necessidades especiais, estímulo para realizar o curso, habilidades em comunicação, conhecimento básico dos serviços locais de saúde mental e capacidade de interagir. O curso tem duração de 12 a 14 horas aula, distribuídos em quatro dias. Estão disponíveis também cursos derivados da experiência original: um destinado a adultos que trabalham com adultos, outro para aqueles que trabalham com jovens. Há também cursos voltados para comunidades específicas de maior risco (pessoas que atuam em comunidades vietnamitas da Austrália ou com aborígines e ilhéus do Estreito de Torres). No final do curso é entregue um certificado de saúde mental em

primeiros socorros. Pretende-se que os participantes se tornem multiplicadores da iniciativa cuja regulamentação é simples.

Apesar de o MHFA estar sendo desenvolvido em vários continentes e mais de 23 países (incluindo Portugal desde 2012), o programa ainda não foi utilizado no Brasil. A adesão nacional poderia ser realizada num contexto de iniciativas de saúde mental global, por exemplo. No *site* da MHFA (<www.mhfa.com.au>), encontramos *folders* e apostilas (ainda não traduzidos para língua portuguesa) que podem orientar a prestação de primeiros socorros em saúde mental. Os projetos mais recentes dessa iniciativa australiana têm focado no local de trabalho e nos pais ou responsáveis por adolescentes, que constituem sabidamente dois nichos privilegiados na prevenção do suicídio. Seria pertinente avaliar a possibilidade de utilização em Caps e na ESF, assim como estimular o desenvolvimento de versões ou iniciativas afins.

Os princípios adotados pelo MHFA podem ser adaptados e utilizados no país com relativa facilidade. Sugerimos privilegiar alguns aspectos supramencionados (forças paramilitares, equipes que trabalham com grupos vulneráveis, locais de trabalho), buscando articulação com o modelo assistencial e com políticas públicas vigentes.

## UMA LIGAÇÃO QUE PODE VALER O DIA: O VALOR DOS TELEFONEMAS NAS CRISES

Pesquisadores da Unicamp envolvidos no citado Supre-Miss (Botega, Silveira & Mauro, 2010) investigaram o impacto do acompanhamento telefônico de pacientes imediatamente após uma tentativa de suicídio. Foram monitorados por telefone, após a alta, 188 pacientes que deram entrada no Hospital das Clínicas da referida universidade por tentativa de autoextermínio. No primeiro momento, fez-se uma entrevista motivacional para estimular a adesão ao tratamento e, em seguida, realizaram-se contatos telefônicos ou visitas domiciliares. O processo teve duração de 18 meses a partir da tentativa de suicídio.

O monitoramento dos pacientes foi gerenciado e executado por psicólogas que entravam em contato a partir do momento em que eles recebessem alta do pronto-socorro e estivessem em atendimento ambulatorial prestado por alguma equipe de saúde mental. Assim, estabelecia-se contato e iniciava-se o monitoramento por meio de telefonemas nas quatro primeiras semanas, e também no segundo e sexto mês. Um protocolo era seguido para as ligações: inicialmente, procurava-se favorecer o estabelecimento de vínculo com o indivíduo, usando escuta acolhedora e intervenções não diretivas. Depois, buscava-se identificar obstáculos ao tratamento, fossem eles subjetivos ou objetivos, no intuito de superá-los. Procurava-se ainda colher informações (de modo semiestruturado) sobre novas tentativas de suicídio e empreender uma avaliação do risco de suicídio.

Ao final do telefonema, o paciente ficava menos ansioso, tornando-se capaz de perceber recursos internos e externos para buscar novas soluções. Constatou-se que,

afora intervenções de caráter mais intensivo, o acompanhamento a longo prazo, por meio do uso de recursos menos onerosos e de simples manutenção no cotidiano do serviço – linhas telefônicas encontram-se disponíveis na maioria deles –, não só colabora para a manutenção do vínculo com o usuário, mas também permite atuar de forma efetiva antes da configuração de uma nova experiência. Isso representa indubitavelmente um avanço, dado que a ocorrência de uma tentativa tem forte valor preditivo para sua repetição ou para o desfecho suicídio (Harris & Barraclough, 1997). Mostra-se estratégico pensar que o comportamento suicida antecede e ultrapassa o momento da tentativa, de maneira que sua prevenção pode e deve envolver intervenções com graus diversos de complexidade. A efetividade depende da qualidade da avaliação que determina o desenho e aplicação das intervenções. Medidas de caráter psicossocial simples podem ter alto impacto, como no caso do contato telefônico continuado com pacientes durante seu período de maior risco.

## CUIDADO DOMICILIAR E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Na década de 1970 surgiram algumas modalidades de acompanhamento de pacientes crônicos e críticos fora do ambiente hospitalar. Naquele momento ocorriam importantes reformas psiquiátricas no Primeiro Mundo. O cuidado em saúde mental estava saindo dos grandes manicômios e adentrando as comunidades e o ambiente domiciliar. Entre muitas iniciativas dessa ordem, encontramos atualmente o *case managment* norte-americano (gerenciamento territorial de casos), no qual um profissional organiza o repertório de cuidados domiciliares do paciente; o Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade (Program for Assertive Community Treatment – PACT), que se caracteriza pelo treinamento domiciliar de habilidades sociais (*social skills*) (Cavalcanti *et al*., 2011); e o acompanhamento terapêutico (AT), mais desenvolvido em países latinos. Este último inicialmente tratava apenas de casos psiquiátricos cronificados, sob o modelo do "amigo qualificado", passando, após um longo percurso, a fornecer cuidado intensivo em situações de urgência (Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa, 1991, 1997; Antonucci, 1994; Barretto, 1998; Manson, 2002; Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2006; Estellita-Lins *et al*. 2012). Os cuidados domiciliares e a Clínica de Rua são formas de pensar, organizar e dispensar cuidado em saúde mental. Mostram-se potencialmente ágeis, menos dispendiosos e pouco institucionalizados (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2009).

O AT no risco de suicídio é um instrumento valioso, pois fornece aos pacientes a possibilidade de internações mais breves e o cuidado de profissionais qualificados que usam protocolos específicos com objetivo de implementar o cuidado intensivo em saúde mental. O trabalho deve estar em sintonia com as condutas psicofarmacoterápicas e psicoterápicas circunstancial e criteriosamente adotadas por todos os atores terapêuticos envolvidos.

Estellita-Lins, Oliveira e Coutinho (2006), estudando o papel do AT na depressão e no suicídio, tentam demonstrar que algumas estratégias de cuidado no do-

micílio dos pacientes podem ser facilmente implementadas, contudo, demandam atenção, dedicação e *expertise* do profissional. Como o acompanhante opera em situações de grande risco, cabe adotar protocolos claros e precisos para manter o paciente seguro no lar. A literatura da suicidologia não é clara quanto aos cuidados, prescrições ou proscrições que garantam a segurança domiciliar dos pacientes, sendo necessários estudos mais aprofundados. Com base em estudos epidemiológicos sobre meios de autoextermínio, tem sido possível eleger situações de maior perigo. A utilização de veículos motorizados, habitações com altura maior que três andares, disponibilidade de armas de fogo e medicamentos de uso comum, especialmente cardiovasculares, são considerados potencialmente inseguros e demandam cautela por parte da equipe assistente e dos familiares.

A intervenção do AT no risco de suicídio é pontual e abrange ações específicas que visam a manter a integridade do paciente. Inicialmente, procura-se estabelecer um contrato (dito de "não suicídio") com o paciente e seus familiares. Em seguida, o acompanhante deve realizar uma entrevista-anamnese cuidadosa para avaliar a rotina do paciente, a arquitetura domiciliar e os espaços cotidianos, assim como o acesso e disponibilidade de meios de autoextermínio. Ao longo do trabalho, desenvolvem-se estratégias para reconstrução da vida cotidiana e reabilitação do paciente, porém, se houver piora clínica, deve-se rapidamente programar novas condutas protetoras. Intervenções psicoeducativas são construídas de modo compartilhado, e a alta deve ser gradualmente conquistada com base em critérios clínicos e psicossociais (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2006; Estellita-Lins, 2012).

O AT constitui um recurso de grande valia em psiquiatria clínica. Se ele vem ganhando importância, isso se deve à possibilidade de recuperação mais rápida, confortável e segura através de apoio domiciliar em substituição à reclusão nosocomial. Evidentemente há casos refratários em que uma internação curta e até a eletroconvulsoterapia podem ser necessários. A utilização de recursos comunitários e a criação de uma rede de proteção durante a crise suicida é importante. Qualquer tomada de decisão acerca da linha de cuidados emergenciais a ser adotada precisa ser fundamentada em evidências científicas, obter consenso ou respaldo legal transparente, e ainda ser passível de revisão e modificação rápida quando necessário.

## SUICÍDIO: O QUE TEMOS A VER COM ISSO?

Este capítulo procurou apresentar algumas questões básicas do campo da prevenção do suicídio. O argumento central é que o suicídio pode ser evitado e que, para tal, é necessário o comprometimento de diversas esferas sociais (política, jurídica, midiática, entre outras). Vimos que o suicídio em si não é uma patologia isolada ou discreta, mas se encontra fortemente associado a diversos transtornos mentais, o que nos permite perceber que, na maioria dos casos, tentar subtrair a própria vida costuma ser uma tentativa desesperada de se livrar de um sofrimento insuportável e/ou de obter cuidado.

Quando apresentamos o conceito de guardião, objetivamos mostrar como a atenção à saúde mental não é tarefa apenas do psiquiatra ou do psicólogo, tampouco se restringe aos serviços de saúde voltados especificamente para esse eixo. Igualmente cumpre notar a dimensão temporal – urgência, crise, vulnerabilidade – implicada em circunstâncias especiais. Olhar com respeito e cumplicidade para a tristeza daquele que se encontra ao nosso lado e abrir-se para a ajuda podem ser tarefas mais simples – mas não menos importante – e mais acessíveis às pessoas do que se pode imaginar. Admite-se que hospitalidade está na raiz de qualquer forma de cuidado. O acolhimento é uma atitude indispensável para a proteção e valorização da vida em uma sociedade violenta como a nossa.

Dessa forma, a atenção básica, que se encontra em posição privilegiada no que toca à relação entre o sistema de saúde e o território, ganha valor estratégico para a atenção e o cuidado ao comportamento suicida. Para tanto, uma articulação da ESF com a rede de Caps é absolutamente necessária e precisa ser construída. Esse eixo da atenção pode tanto contribuir na prevenção do suicídio, quanto no diálogo e na construção de novas linhas de cuidado na comunidade.

## SUGESTÕES DE LEITURA

BERTOLOTE, J. M. *O Suicídio e sua Prevenção*. São Paulo: Editora Unesp, 2012. (Saúde e Cidadania)

ESTELLITA-LINS, C. (Org.) *Trocando Seis por Meia Dúzia: suicídio como emergência do Rio de Janeiro*. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad & Faperj, 2012.

MINOIS, G. *História do Suicídio: a sociedade ocidental perante a morte voluntária*. Lisboa: Editorial Teorema, 1998.

## REFERÊNCIAS

ANTONUCCI, R. Terapias ressocializantes: o acompanhante terapêutico. *In*: ASSUMPÇÃO JR., F. B. (Org.). *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1994.

ARAÚJO, L. C.; VIEIRA, K. F. L. & COUTINHO, M. P. L. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF,* 15(1): 47-57, 2010.

BAKER, D. & FORTUNE, S. Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users. *Crisis*, 29(3): 118-122, 2008.

BARRETTO, K. D. *Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco, 1998.

BARROS, M. A. D. & PILLON, S. C. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4): 655-662, 2007.

BERTOLOTE, J. M. *O Suicídio e sua Prevenção*. São Paulo: Unesp, 2012.

BERTOLOTE, J. M. & FLEISCHMANN, A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. *In*: WASSERMAN, D. & WASSERMAN, C. (Eds.). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

BIDDLE, L. *et al*. Suicide and the internet. *BMJ*, 336: 800-802, 2008.

BOTEGA, N. J.; SILVEIRA, I. U. & MAURO, M. L. F. *Telefonemas na Crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro: ABP, 2010.

BOTEGA, N. J. *et al*. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3): 213-220, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Opas, Unicamp, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2014.

BRASIL. Portaria n. 1.876 de 14 ago. 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, *Diário Oficial da União*, 2006b. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-1876-2006>. Acesso em: 10 jan. 2014.

BRASIL. Mortalidade por suicídio. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série G, Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/relatoriodepesquisa_saude_brasil_2006.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Opas. Unicamp. *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Opas, Unicamp, 2006d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do Suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35749.PDF>. Acesso em: 4 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo: ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Instrutivo_notificacaodeviolencia_versao5_1_final21_12_15.pdf> Acesso em: 21 mar. 2017.

BRÊDA, M. Z. & AUGUSTO, L. G. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica à saúde. *Saúde em Debate*, 27(63): 25-35, 2003.

CAMELO, S. H. H. & ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1): 14-21, 2004.

CAMELO, S. H. H. & ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de Saúda da Família: percepções dos profissionais. *Revista de Enfermagem Uerj*, 15(4): 502-507, 2007.

CANTOR, C. H. & BAUME, P. J. M. Suicide prevention: a public health approach. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8: 45-50, 1999.

CAPP, K.; DEANE, F. P. & LAMBERT, G. Suicide prevention in aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(4): 315-321, 2001.

CASH, S. J. & BRIDGE, J. A. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior, *Current Opinion in Pediatrics*, 21(5): 613-619, 2009.

CAVALCANTI, M. T. *et al*. Adaptação da *Critical Time Intervention* para o contexto brasileiro e sua implementação junto a usuários dos centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4.635-4.642, 2011.

CONWELL, Y.; VAN ORDEN, K. & CAINE, E. D. Suicide in older adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(2): 451-468, 2011.

DAPIEVE, A. *Morreu na Contramão: o suicídio como notícia*. São Paulo: Jorge Zahar, 2007.

DORIA FILHO, U. *Promoção de Segurança da Criança e do Adolescente Frente à Mí*dia *(TV, Internet)*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento científico do Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente, 2001. Disponível em: <www.sbp.com.br/img/documentos/ doc_promocao_seguranca.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2013

DURKHEIM, E. Minor editorials. *American Journal of Sociology*, 3(6): 848-849, 1898.

DURKHEIM, E. *Le Suicide*. Paris: Presses Universitaires de France, 1990. (Col. Quadrige)

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (Org.). *A Rua como Espaço Clínico*. 1. ed. São Paulo: Escuta, 1991.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (Org.). *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. v. 1. São Paulo: Educ, 1997.

ERTHAL, R. M. C. *O Suicídio Ticuna na Região do Alto Solimões – AM*, 1998. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

ESTELLITA-LINS, C. (Org.). *Trocando Seis por Meia Dúzia: suicídio como emergência do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Faperj/Mauad X, 2012.

ESTELLITA-LINS, C. Mental health, indigenous suicide and shamanism in Brazil. *In*: KERRIGAN, P. *et al.* (Eds.). *Mental Health: pasts, current trends and futures*. Hyderabad: Orient Blackswan, York University, 2017.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M. & COUTINHO, M. F. C. Acompanhamento terapêutico: sobre a depressão e o suicídio. *Psychê – Revista de Psicanálise*, X(18): 214, 2006.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M. & COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 205-215, 2009.

ESTELLITA-LINS, C. *et al*. Prevenção, adesão, promoção de saúde e reabilitação sob o acompanhamento terapêutico. *Psicologia*, 26(2): 41-66, 2012.

GIBBS, J. P. Marital status and suicide in the United States: a special test of the status integration theory. *American Journal of Sociology*, 74(5): 521-533, 1969.

GIBBS, J. P. & MARTIN, W. T. Status integration and suicide in Ceylon. *American Journal of Sociology*, 64(6): 585-591, 1959.

HARRIS, C. & BARRACLOUGH, B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 170: 205-228, 1997.

HARRIS, F. M. *et al*. Developing social capital in implementing a complex intervention: a process evaluation of the early implementation of a suicide prevention intervention in four European countries. *BMC Public Health*, 13: 158-169, 2013.

HOVEN, C. W. *et al*. Prevention of mental ill-health and suicide: public health perspectives. *European Psychiatry*, 25(5-6): 252-256, 2010.

HUNTER, E. & HARVEY, D. Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada and the United States. *Emergency Medicine Australasia*, 14(1): 14-23, 2002.

JORM, A. F. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4): 182-186, 1997.

KNOX, K. L.; CONWELL, Y. & CAINE, E. D. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *American Journal of Public Health*, 94(1): 37-45, 2004.

LEENAARS, A. A. Suicide among indigenous peoples: introduction and call to action. *Archives of Suicide Research*, 10(2): 103-115, 2006.

LOVISI, G. M. *et al*. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, supl. II: S86-S93, 2009.

MANN, J. J. *et al*. Suicide Prevention Strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16): 2.064-2.074, 2005.

MANSON, F. *et al*. (Eds.). *Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico*. v. 1. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2002.

MARKS, S. R. Durkheim's theory of anomie. *American Journal of Sociology*, 80(2): 329-363, 1974.

MARTIN, D. P. *et al*. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 79(2): 1.628-1.632, 1989.

MILEY, J. D. & MICKLIN, M. Structural change and the Durkheimian legacy: a macrosocial analysis of suicide rates. *American Journal of Sociology*, 78(3): 657-673, 1972.

MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, supl. 2: 6-10, 1998.

NJAINE, K. & MINAYO, M. C. S. A violência na mídia como tema da área da saúde pública: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 201-211, 2004.

OLIVEIRA, C. S. & LOTUFO NETO, F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico Brasileiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(1): 4-10, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da mídia*. Geneva: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Distribution of suicide rates (per 100,000) by gender and age, 2002. Disponível em: <www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_rates_charte/en/index.html>. Acesso em: 3 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros*. Genebra: OMS, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Public health action for the prevention of suicide: a framework, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf?ua%EF%BC%9D1>. Acesso em: 27 fev. 2017.

PELLEGRINI FILHO, A. Health research, health policy and equity in Latin America. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2): 339-350, 2004.

PESCOSOLIDO, B. A. & GEORGIANA, S. Durkheim, suicide, and religion: toward a network theory of suicide. *American Sociological Review*, 54: 33-48, 1989.

RECUPERO, P. R.; HARMS, S. E. & NOBLE, J. M. Googling suicide: surfing for suicide information on the Internet. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(6): 878-888, 2008.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. *Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção*. Rio de Janeiro: SMS, 2016. Disponível em: <http://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2017. (Coleção Guia de Referência Rápida).

ROBINSON, J. *et al*. Research priorities in suicide prevention in Australia. *Crisis*, 29(4): 180-190, 2008.

SOUZA, V. S. *et al*. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4): 294-300, 2011.

STACK, S. Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4): 238-240, 2003.

STAPLETON, G. *et al*. Global health ethics: an introduction to prominent theories and relevant topics. *Global Health Action*, 7: 1-7. 2014.

STRASBURGER, V. C. *Os Adolescentes e a Mídia: impacto psicológico*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

STRASBURGER, V. C. *Crianças, Adolescentes e a Mídia*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2014: os jovens do brasil*. Brasília: Flacso, 2014.

ZHONG, B. L. *et al.* Rates and characteristics of elderly suicide in China, 2013-14. *Journal of Affective Disorders*, 206(12): 273-279, 2016.

# 9

# Manejo do Risco de Suicídio na Atenção Básica

*Carlos Estellita-Lins*

## ONDE INTERVIR

O suicídio costuma ser um tema evitado, incômodo e carregado de preconceitos. Funciona como um tabu para o senso comum, que o percebe como escolha incompreensível e absurda. As taxas de suicídio não são entendidas cientificamente como uma escolha, pois a maior parte das pessoas que atentam contra a própria vida encontram-se em grande sofrimento por algum transtorno mental passível de diagnóstico e tratamento – mais de 95% dos casos de suicídio no mundo (Ernst *et al.*, 2004). O suicídio é um desfecho epidemiológico que se expressa na clínica por meio de ideias ou planos de autoextermínio. Fala-se então de risco de suicídio, que pode transformar-se em ato suicida com desfecho letal ou desfecho não fatal. A passagem ao ato significa uma escalada que vai do risco (ideação-plano) até a tentativa de autoextermínio. Alguns autores propõem o conceito de crise sucida (Botega, 2015). O ato suicida costuma ser secundado por outros ao longo da vida. Qualquer tentativa de suicídio recente tem alto poder preditivo para outro evento semelhante. Estima-se que o número de tentativas na maior parte dos países europeus varia entre dez e quarenta vezes mais do que os casos de suicídio consumado (Mello-Santos, Bertolote & Yuan-Pang, 2005). Cabe, portanto, nessas situações um diagnóstico multidimensional que não pode ser separado da avaliação de crise. É muito importante admitir a noção de crise psíquica, em que o sujeito tem seus recursos defensivos ou adaptativos esgotados e a balança da resiliência se inverte (Seminotti, Paranhos & Thies, 2006; Calazans & Bastos, 2008).

Toda a comunidade humana é afetada pelo suicídio. A prevenção desse ato pode ser atingida com programas educativos amplos para a população, programas especializados para profissionais e, sobretudo, com o manejo adequado de transtornos mentais

(Goldney, 1998, 2005). A detecção precoce de pessoas em risco de suicídio é importante, pois permite algumas intervenções resolutivas. Há dois espaços consagrados para sua acolhida: a emergência psiquiátrica propriamente dita (funcionando no hospital geral, no interior da unidade de emergência) e a rede de cuidados básicos em saúde. Os profissionais da saúde são vistos cada vez mais como atores capazes de prevenir e tentar evitar suicídios. A equipe assistente passa a ter uma relação com a situação de crise e seus desdobramentos, assumindo responsabilidades – despreparo, leniência e subavaliação podem resultar em desfecho letal evitável, mas, em contrapartida, intervencionismo e medidas restritivas sem sustentação nas evidências clínicas tornam-se iatrogênicas e discricionárias (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2006; Bteshe, 2013). As pessoas próximas de alguém que se mata tendem a sofrer muito e a atravessar um luto prolongado (Jordan & MacMenahmy, 2004). Estratégias de cuidado para esses sobreviventes (denominadas *pósvenção*) têm aumentado de importância, assim como o suporte psicoterápico para as equipes atingidas (Miyabayashi & Yasuda, 2007; Aguirre & Slater, 2010).

O conhecimento das taxas de suicídio no Brasil e na maioria dos países do hemisfério sul ainda é precário. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Datasus mostra taxas crescentes, o que também pode ser atribuído à melhora na qualidade do sistema de informação. A taxa nacional média de suicídio em 2012 ficou em torno de 5 a cada 100.000 habitantes. O mapa da violência entre jovens desenha um Brasil absolutamente caleidoscópico (Waiselfisz, 2014), fragmentado, tendo a violência armada (homicídio) como principal *causa mortis* (76/100.000 aos 20 anos de idade), enquanto, em muitos países do G-8, o suicídio entre jovens fica em terceiro lugar nas taxas de mortalidade total.

Na última década constatou-se uma *interiorização da violência* – cidades menores passaram a espelhar índices análogos aos das grandes cidades em acidentes de trânsito, homicídios e inclusive em suicídio. Dados no mapa da violência de 2014 mostram taxas alarmantes de suicídio em municípios brasileiros, como São Gabriel da Cachoeira (AM) com 51,2 suicídios; Três Passos (RS) com 41,9; São Paulo de Olivença (AM) com 36,7; Amambaí (MS) com 36,6 – todos acima de 30 por 100.000 habitantes, compondo índices equivalentes àqueles de países como Rússia, Ucrânia e Lituânia, líderes do *ranking* mundial. Os maiores índices ocorrem em regiões de assentamento de aldeias indígenas, e 59 entre 92% dessas mortes são atribuídas aos jovens nativos (Waiselfisz, 2014).

O suicídio está associado a determinantes culturais, sociais, psicológicos e biológicos variados, portanto, qualquer distribuição nacional ou regional tende a ser arbitrária e pouco relevante se não for contextualizada cuidadosamente. Há grandes diferenças sociais e culturais no Brasil, porém são escassos os estudos antropológicos sobre o suicídio. Em circunstâncias de grande diversidade étnica e cultural (mais de duzentas etnias indígenas, quilombolas, camponeses, ribeirinhos), as etnografias devem adquirir um papel preponderante sobre os estudos epidemiológicos (Estellita-Lins, 2017).

Não se deve esquecer que sociedades urbanas, complexas, violentas, e ainda incipientes em seu projeto democrático republicano como a nossa, compartilham problemas comuns. As emergências psiquiátricas, a qualidade da assistência básica, a prevalência das depressões e ansiedade, a violência armada assim como a violência entre parceiros íntimos (VPI) são questões eminentes, prevalentes e disseminadas que demandam planejamento em saúde, promoção-prevenção e respostas clínicas. O modelo estresse-diátese de compreensão ampliada da depressão e do suicídio tem sido utilizado no estresse pós-traumático como constructo útil e pertinente (Câmara Filho, 2012), contudo pode ser insuficiente para estudar o impacto da violência generalizada no país, que demanda noções como violência social e simbólica[1] (Minayo, 2006; Estellita-Lins *et al*., 2015).

A reforma psiquiátrica em curso vem enfrentando problemas, pois não se articulou adequadamente ao desenho de rede básica assistencial promovido pela Reforma Sanitária.[2] Além disso, concedeu ênfase excessiva aos equipamentos e tecnologias duras, em detrimento do desenvolvimento de racionalidades, protocolos, estratégias e treinamento específico. Dispomos de raros estudos ecológicos ou estudos em Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Centro de Atenção Psicossocial (Caps) investigando eventos suicidas, crises, tentativas e meios de autoextermínio utilizados. A prevalência dos agravos à saúde mental associados à crise suicida é pouco conhecida em seus detalhes e complexidade. As prioridades locais, quando reconhecidas, geram ações dependentes de agenda político-partidária dessueta e conservadora, visando indicadores ou conjunturas de curta duração e, assim, impedindo ações preventivas ou assistenciais de médio e longo prazo, tidas por imprescindíveis.

Verifica-se ainda a necessidade de se desenvolver uma legítima psiquiatria de urgência, que substitua completamente a nefasta prática do pronto-atendimento.[3] É necessário implantar diferentes modelos de cuidado em emergência psiquiátrica de acordo com recursos, características locais, prevalência de transtornos, comorbidades e perfil dos pacientes. Os princípios orientadores devem ser: segurança, efetividade, temporalidade, eficiência, equidade e centralização no

[1] Seria estratégico para a suicidologia no Brasil valorizar estudos no hemisfério sul, sobretudo provenientes da África, Índia e Oceania/Melanésia. A cooperação em pesquisa e o comparativismo antropológico poderiam incrementar esta agenda sul-sul, sem excluir iniciativas do Mental Global Health (norte-sul).

[2] Refiro-me à tarefa de integração *ad hoc* de Caps e ESF/Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

[3] O ensino de urgências psiquiátricas tem sido negligenciado na formação médica brasileira. A formação em emergências gerais igualmente claudica, alimentada pelo embuste do pronto-atendimento. Jovens atores despreparados decidem o destino de vida, sequela ou morte de cada cidadão vulnerável em situação crítica, incapaz de se autodeterminar. A especialidade de medicina de emergência foi aprovada em 2016 e ainda se encontra em implantação. A iniciativa de criação da especialidade tramitou demoradamente entre o Senado, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB), na contracorrente dos meios científicos. As unidades de pronto-atendimento ainda permanecem obstruídas por interesses de aprendizado exclusivamente técnico, sejam procedimentos cirúrgicos sejam de unidade fechada.

paciente (Woo & Sultzer, 2009). Os serviços podem variar num espectro entre a unidade de emergência do hospital geral e unidades móveis de urgência psiquiátrica. Preferencialmente, uma rede de saúde mental estruturada precisa conjugar serviços de emergência psiquiátrica com unidades de internação psiquiátrica em hospital geral, se possível na mesma unidade hospitalar (Barros, Tung & Mari, 2010).

Um inquérito mostrou que nenhuma residência médica em psiquiatria no estado do Rio de Janeiro ministrava aulas (mais de uma hora por ano) ou treinava intervenções no risco de suicídio dentro da grade curricular de três anos (Rocha *et al*., 2009; Ramos & Falcão). Tanto a suicidologia quanto a psiquiatria de emergência são áreas de pesquisa e atuação clínica consolidadas há décadas na Europa e EUA. O suicídio é a principal, senão a única emergência médica em psiquiatria que representa risco de vida passível de intervenção especializada. A competência médica na avaliação de comportamento suicida é indispensável quando se suspeita de risco de autoagressão (Bertolote & Mello-Santos & Botega, 2010). Psicólogos e enfermeiros são atores institucionais necessários e igualmente capacitados. Podemos, portanto, compreender a prevenção do suicídio como tática imanente de uma reforma psiquiátrica por vir. Não fica difícil reconhecer seu tríplice potencial ao desafiar os cânones do habitual: 1) instaurar a hospitalidade em nome do respeito ao sofrimento; 2) criticar o esquecimento das urgências e sua mistificação como pronto-atendimento; 3) politizar o cotidiano na busca do bem-estar social e do enfrentamento da violência (Estellita-Lins, 2016).

## ATUAÇÃO NA REDE DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA

Uma virada europeia na diminuição de taxas de suicídio ocorreu na década de 1980, por meio do cuidado emergencial a pacientes em risco manifesto, secundada nas décadas seguintes pela valorização da atenção básica e medidas preventivas comunitárias com foco predeterminado – álcool, substâncias psicoativas, meios de autoextermínio, mídia etc. (De Leo & Evans, 2004). O espaço da assistência primária é ideal para identificar o risco de suicídio e iniciar os cuidados em saúde mental (Raue, Ghesquière & Bruce, 2014). Uma vez que se verifica precariedade em nossa rede de cuidado às urgências/emergências, cabe buscar a qualificação das equipes da ESF para atender os transtornos depressivos em geral, se possível em articulação com os dispositivos da reforma psiquiátrica. A despeito da racionalidade técnica e da tradição cultural distinguirem claramente as emergências do cuidado básico, verifica-se que sua utilização otimizada varia com o grau de *literacy* em saúde de cada comunidade. Alguns estudos europeus mostram que os usuários desconhecem distinções claras entre os serviços de urgência e cuidados primários (Wilkin *et al*., 2012). A *literacy* (alfabetização ou competência em saúde) vem sendo estudada na prevenção do suicídio fomentando iniciativas de educação em saúde (Jorm *et al*., 1997, Jorm, 2006; Oliveira, 2011).

A ESF, que já oferece cobertura populacional estimada em 63,26%, com 39.709 equipes implantadas até 2017, desponta como área estratégica para a prevenção (Brasil, 2017), favorecendo vários tipos de intervenção precoce no risco de suicídio (Porcu *et al*., 2002). Em Santa Cruz do Sul (RS), pioneira na implantação de equipes da ESF, Gonçalves e Kapczinski (2008a) utilizaram o SRQ-20 (Self-reporting questionnaire) com 1.122 pacientes, encontrando 38% de transtornos de humor, ansiedade e/ou somatoformes (THAS). Na mesma comunidade assistida pela ESF, os autores estudaram diagnósticos de transtorno mental, utilizando o SCID-IV-TR (Structured clinical interview for DSM disorders) com 754 participantes. Verificaram na amostra 34, 2% de qualquer transtorno de humor (transtorno depressivo maior, distimia e transtorno bipolar do humor). Esse município apresentava taxas de suicídio elevadas, variando entre 19 e 21/100.000 hab., ou seja, 4,5 vezes maior que a média nacional no período, o que sugere a necessidade de avaliação e tratamento da depressão com risco de suicídio na ESF, além de confirmar sua oportunidade (Gonçalves & Kapczinski, 2008b).

A prevalência de transtornos depressivos, especialmente em comorbidade com uso e abuso de substâncias, é grande nos casos de suicídio. A detecção precoce de pessoas em risco é fundamental e pode se dar na assistência primária. Os clínicos devem valorizar inicialmente pacientes deprimidos porque esse transtorno é um fator de risco maior para injúria autoinflingida (Bertolote, *et. al.*, 2004; Schulberg *et al*., 2005; Chachamovich, *et al.*, 2009; Zhong; Chiu & Conwell, 2016). Embora uma revisão narrativa realizada por Bertolote e colaboradores (2004) encontre somente 35% dos suicídios na população geral atribuíveis a transtornos afetivos (incluindo comorbidades), outros estudos sugerem maior importância do espectro depressivo no total de suicídios.[4] Um estudo canadense com autópsia psicológica indica que 60% tinham algum problema de adição (álcool e/ou outras substâncias) por ocasião do suicídio; quase 70% tinham algum transtorno afetivo, geralmente em comorbidade com outros transtornos e aproximadamente 52% apresentavam transtornos de personalidade (Sakinofsky, 2007). Vuorileto e colaboradores (2005), em um estudo com uma coorte de 137 pacientes deprimidos da atenção primária na Finlândia (extraída de um rastreamento de 1.111 usuários com 37,5% positivos elegíveis), encontraram somente 10% com depressão menor e 66% com transtorno depressivo maior (de leve a moderado, porém recorrente) enquanto transtorno de maior prevalência. Verificaram ainda que 52% tinham transtorno de personalidade (eixo II, DSM 4) e 47%, algum transtorno clínico crônico. Em um robusto estudo de coorte com adolescentes do sexo masculino (N=49.321) seguidos por 36 anos na Suécia, Lundin e colaboradores (2011) constataram que neurose depressiva

[4] Esse trabalho agrega basicamente pesquisas provenientes de três países pequenos (85% dos estudos reunidos), com forte tradição de cuidados em saúde mental e políticas de prevenção, mas ainda assim admite que, se 50% das pessoas com depressão fossem corretamente identificadas e tratadas, ocorreria um impacto de 7,8% nas taxas globais de suicídio.

(1,2 a 4,6%) e transtornos de personalidade (2,6%) estavam significativamente associados a suicídio e tentativas de suicídio durante todo o período (CID-8 e CID-9). Histórias de tratamento psiquiátrico, além de transtorno de personalidade comórbido, foram independente e fortemente preditivos para comportamento suicida ao longo da vida, enquanto o comportamento suicida durante o episódio atual foi predito mais efetivamente pela severidade da depressão (Vuorilehto, Melartin & Isometsä, 2006).

Acredita-se que os clínicos generalistas e suas equipes seriam potencialmente capazes de prevenir o desfecho suicídio. O estudo de Juurlink e colaboradores (2004), com mais de 11 mil idosos no Canadá, verificou que 73% dos que se suicidaram tinham visitado um clínico no mês que antecedeu a morte, e 3/4 deles tinham realizado três consultas no período. Os cinco diagnósticos circunstanciais mais frequentes foram ansiedade, sintomas gastrointestinais vagos, depressão, sintomas cardíacos inespecíficos e hipertensão arterial. Maior frequência de contato com diversos tipos de serviços de saúde está associada com risco de suicídio mais elevado (Chock *et al.*, 2015). O cuidado primário em todo o mundo tem sancionado essa responsabilidade na prevenção do suicídio, participando de programas educativos dirigidos para detecção de casos novos e capacitação no tratamento. A intervenção de capacitação para generalistas visando a reduzir a depressão e comportamento suicida foi investigada na Austrália. Demonstrou-se efeito de baixa magnitude no quesito recuperação dos pacientes, porém considerável efetividade na prevenção de novos casos (Almeida *et al.*, 2012). Estudos dirigidos para o papel do cuidado primário na prevenção do suicídio ainda carecem de evidências robustas quanto ao leque de iniciativas e ao impacto (Brook *et al.*, 2006). Iniciativas educativas para médicos de família e suas equipes podem ser realizadas no Brasil e, evidentemente, precisam ser secundadas por estudos de impacto.

Considerando que 1 a 10% de pacientes em unidades básicas experimentam ideação e intenção suicida, é preciso admitir que a avaliação de risco de suicídio e seu manejo são inerentes à prática do generalista na ESF. Em um ensaio clínico randomizado que recrutou 761 pacientes considerados em risco, de 60 diferentes unidades de cuidado primário nos EUA, 53% experimentavam depressão maior ou distimia não complicada. Apenas 10% desse contingente tinha risco de suicídio moderado ou intermediário, enquanto os 90% restantes apenas baixo ou nenhum risco. A incidência de pacientes deprimidos com ideação grave o bastante para oferecer risco e demandar atenção e condutas do generalista foi de 1,1% em três meses, e 2,6% em seis meses (Schulberg *et al.*, 2005). De modo análogo, devemos estar cientes de que algumas condições clínicas encontradiças na atenção básica estão mais fortemente associadas ao suicídio, a saber: insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), transtorno convulsivo, incontinência urinária, dor crônica, incapacidade funcional, grandes queimaduras, pacientes em diálise. O tratamento de múltiplas doenças concomitantes foi fortemente relacionado com maior risco de suicídio em idosos (Juurlink *et al.*, 2004). Como se percebe, essas são

condições clínicas corriqueiras, especialmente no idoso atendido pelas equipes de saúde da família, que têm evidente analogia com a medicina de família do hemisfério norte.

Sintomas e síndromes depressivas são indicadores ou traçadores para comportamento suicida, embora a comorbidade com ansiedade e drogadicção, além de transtornos de personalidade e impulsividade, sejam determinantes muito relevantes para o evento (Bronisch, 2003). A maior parte das estratégias nacionais de prevenção do suicídio no mundo colocaram no centro a detecção e o manejo da depressão no cuidado primário (Vuorilehto, Melartin & Isometsä, 2006). Associações americanas e canadenses de medicina de família têm dado considerável importância a essas políticas. Esse rumo foi adotado por muitos países europeus com sucesso. A prevenção do comportamento suicida na rede de cuidado primário deve provavelmente oferecer maior foco para subgrupos de pacientes deprimidos de alto risco, incluindo aqueles com transtorno depressivo moderado a grave, transtorno de personalidade ou com história de cuidados psiquiátricos (Vuorilehto, Melartin & Isometsä, 2006). Em um inquérito nacional norte-americano com 3,6% de respostas, observou-se que 44% dos adultos com ideação suicida visitaram a saúde primária, ao passo que apenas 25% receberam cuidados de saúde mental (Brook *et al*., 2006). Alguns estudos retrospectivos na população geral indicam que aproximadamente 50% dos que se suicidam nunca consultaram um profissional de saúde mental ao longo da vida (Botega, 2006).

Perdas, separações, dívidas, transformações corporais, dificuldades e adversidades econômicas, dano moral, em suma, tudo o que se opõe ao curso expansivo do vivente e suas articulações com os outros em seu meio ambiente pode ser considerado um estressor psicossocial. No caso do risco de suicídio, devemos dar especial destaque às perdas e ao luto, assim como a quaisquer dificuldades em viver sozinho, especialmente quando há pouco ou nenhum apoio social. As tentativas de suicídio entre pacientes com transtorno depressivo maior estão fortemente associadas com presença e intensidade de sintomas depressivos e são mais esperadas quando há falta de companheiro, tentativas pregressas e maior tempo com depressão. A redução do tempo gasto em estado depressivo é possivelmente uma medida preventiva relevante (Sokero *et al*., 2005).

Pacientes deprimidos e ansiosos na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) merecem o melhor tratamento possível. Esse objetivo deve ser perseguido com uma organização racional da oferta de cuidados que se apoie em evidências robustas. A utilização da interconsulta, além de elementos mediadores na cadeia de cuidados, tem sido discutida na literatura internacional. O chamado "cuidado colaborativo" envolve um médico generalista, um gerenciador de casos (treinado em depressão e ansiedade) e um especialista em saúde mental como o psiquiatra. O gerenciador mantém contato regular com a pessoa e organiza estratégias de cuidado junto com o médico e o especialista. Seu papel é oferecer ajuda através de medicação ou acesso à psicoterapia. Essa forma de organização no eixo de assistência primária está associada à melhora significativa na evolução de depressão e ansiedade. De acordo com

uma detalhada metanálise (79 ensaios clínicos randomizados e 24.308 pacientes) publicada na Cochrane Collaboration, o gerenciamento de casos representa uma útil estratégia a ser acrescentada aos caminhos terapêuticos de adultos com depressão e ansiedade na assistência básica (Archer *et al.*, 2012).

## RASTREANDO E DETECTANDO O RISCO DE SUICÍDIO

O conhecimento dos riscos e fatores protetores pode ser muito importante na detecção de casos de pessoas em risco de suicídio (Culpepper, 2010). Devem-se observar com atenção e valorizar as seguintes situações de risco:

1) Qualquer tentativa pregressa oferece risco cem vezes maior que o da população geral. É preciso obter uma história cuidadosa sobre outras tentativas de suicídio. Muitos pacientes podem omitir ou minimizar o evento.
2) Condição psiquiátrica múltipla ou complicada. Merecem atenção transtornos depressivos, incluindo bipolar tipo I e II, transtorno de personalidade, alcoolismo e uso de substâncias psicoativas. Os transtornos ansiosos duplicam o risco de tentativas, e quadros de pânico não tratados devem ser observados.
3) Ter sofrido abuso sexual.
4) Familiares de primeiro grau que se suicidaram aumentam o risco. Entre os jovens, há mais tentativas do que entre adultos e o risco aumenta com o envelhecimento. Homens realizam mais suicídios, embora as mulheres tentem o suicídio quatro vezes mais do que eles. Militares, paramilitares e profissionais da saúde, especialmente médicos estão sob maior risco, assim como desempregados e pessoas com menor escolaridade.
5) Falta de apoio social: pessoas que jamais se casaram, seguidos de viúvos, separados/divorciados e aqueles que não têm filhos.
6) Impulsividade e desesperança aumentam a probabilidade de agir daqueles que apresentam ideação suicida. O abuso e a intoxicação têm igualmente papel desinibidor potencialmente letal. Parcelas consideráveis daqueles que se suicidaram estavam sob efeito de álcool em vários estudos do hemisfério norte.
7) Doenças clínicas com evolução crônica especialmente em vigência de dor e cirurgia recente são fatores muito relevantes. O HIV *per se* não eleva o risco.
8) Acesso a meios de autoextermínio. O conhecimento particular de algum meio e a capacidade de utilizá-lo é relevante na avaliação.

Em contrapartida, são fatores protetores do comportamento suicida: vida familiar, ambiente de frequentação social e formas de apoio social, inclusive midiático (Bteshe, 2013). Atividade religiosa, religiosidade e espiritualidade também são relevantes. Escalas simples como a Razões para Viver (RFL, na sigla em inglês), estratificada por

faixas etárias, podem ser úteis na avaliação e mobilização dos recursos protetores. A terapêutica pode incrementar recursos existentes na sociedade, complementando técnicas mais consagradas como psicoterapia e psicofarmacologia ou tratamentos biológicos. Estas estratégias não devem ser encaradas de modo excludente – sinergismos entre algumas delas podem ser admitidos. Lembre-se, sobretudo, que a escassez ou ausência de fatores protetores eleva o risco de desfecho letal e piora o prognóstico do espectro depressivo e psicótico.

As principais funções do psiquiatra e de todo o pessoal da saúde consistem em: identificar o risco rapidamente, proteger o paciente e transformar/tratar os fatores de risco, sem deixar de recuperar fatores protetores (Botega, 2007, 2015; Bertolote & Mello-Santos & Botega, 2010).

## COMO TRABALHAR COM/NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Considerando que há prevalência de pacientes com transtornos mentais comuns (TMC) na comunidade identificados pelo SRQ-20 e inventário de depressão de Beck (BDI, na sigla em inglês) em estudos longitudinais, torna-se importante organizar condutas com efetividade comprovada dirigidas para pacientes que apresentam suspeita de risco de suicídio.[5]

### Avaliação de pacientes com depressão e risco de suicídio

Deve-se conversar com o paciente sobre suicídio. Muitos daqueles que estão pensando em acabar com a vida se envergonham disso e omitem o fato. Ao abordar diretamente o problema, pode ocorrer um efeito catártico de *disclosure*, assim como alguma tranquilização ao compartilhar uma situação conhecida pelos profissionais da saúde. Cabe pautar qualquer avaliação clínica na verificação de ideação e de planos de suicídio (existência, intensidade, frequência, capacidade de suportar). Todas as escalas específicas de risco de suicídio perguntam por ideias ou planos que evoluem num crescendo. O nível mais elementar consiste em achar que a vida não vale a pena, enquanto o mais complexo exibe planos de suicídio com acesso calculado aos meios (acrescido de providências ou bilhetes de suicídio). Alguns autores falam em um diagnóstico tríplice: biomédico, individual e contextual (de crise). É possível identificar pacientes em risco de suicídio nas consultas regulares, especialmente jovens e idosos (Jacobson *et al*., 2002; McNeill, Gillies & Wood, 2002; Nutting *et al*., 2005).

O clínico generalista e a equipe da ESF podem atuar com resolutividade no diagnóstico precoce de depressão com risco, utilizando alguma escala de avaliação de depressão, assim como de avaliação de risco de suicídio. Existem vários instrumentos clínicos e critérios que podem guiar esse tipo de avaliação clínica, por

[5] Foi adotado como modelo neste capítulo o cuidado aos pacientes deprimidos. Esquizofrenia, transtornos de uso de substância psicoativa e de personalidade admitem parte desta racionalidade terapêutica, contudo solicitam supervisão e maior intercâmbio com equipes especializadas em saúde mental.

exemplo, SadPersons, SSI, SIS, Columbia Scale (Beck, Kovacs & Weissman, 1979; Beck, Steer & Ranieri, 1988; Beck *et al*., 1999). Entretanto, é importante lembrar que uma única tentativa de suicídio nos últimos seis meses tem alto poder preditivo para o desfecho suicidário e deve ser considerada evento relevante para rastreamento e cuidados em saúde mental. O rastreamento obrigatório na assistência básica ainda não dispõe de evidências favoráveis ou desfavoráveis suficientes para admitir grau de recomendação, especialmente em adolescentes (Lefevre, 2014). Podem-se encontrar facilmente alguns guias disponíveis *on-line* que são úteis para o clínico e equipes de saúde primária na avaliação de risco de suicídio (Brasil, 2006; OMS, 2006; Rio de Janeiro, 2016).

É necessário que pacientes em risco sejam monitorados e protegidos por meio de visitas ao ambulatório frequentes e obrigatórias, contato telefônico regular (agendado e aleatório) e internação hospitalar nos casos graves. A rede de apoio deve ser informada sobre como erradicar meios de autoextermínio acessíveis àquele usuário, aumentar as medidas de proteção e valorizar pedidos de ajuda do paciente. O cuidado domiciliar da crise psíquica tem sido investigado e praticado (Brimblecombe, O'Sullivan & Parkinson, 2003). Equipes de enfermagem, acompanhantes terapêuticos e agentes comunitários de saúde podem criar um espaço de cuidado e proteção no domicílio e nos ambientes frequentados pelo paciente (Estellita-Lins & Oliveira, 2001, Estellita-Lins, Oliveira & Bteshe, 2010; Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2006; Estellita-Lins *et al*., 2012a, 2012b). A indicação de um psiquiatra ou de unidade da rede de saúde mental (referência e contrarreferência) implica uma decisão não exatamente sobre quem deve ser indicado para atender o paciente, mas acerca do que será feito de modo compartilhado. O generalista detecta, age, solicita interconsulta, refere, monitora a evolução e recebe de volta em contrarreferência. A ESF deve acompanhar a conduta das equipes mais especializadas, apoiar o paciente em seu domicílio e zelar por sua adesão e realização de medidas indicadas. Antes disso, recomenda-se fortemente que se utilize a interconsulta ou a psiquiatria de ligação para compartilhar dúvidas, aumentar *expertise*, diminuir tensões e responsabilidades exclusivas, além de viabilizar tratamento com equipe de saúde básica não especializada. Deve-se considerar sempre que comorbidades, complicações clínicas e refratariedade à terapêutica justificam referência ao especialista para acompanhamento.

## Lidando com a crise

Admite-se como imprescindível o acolhimento direcionado, com oferecimento de apoio e criação de vínculo, além da busca de informações sobre a situação individual – experiência anterior, sofrimento psíquico continuado, resiliência, fatores protetores ou precipitantes, caracterização da ideação, plano ou ato, aspectos psicodinâmicos, antecedentes familiares, saúde clínica e rede de apoio social. A crise psíquica é uma experiência ampla, em que se situa necessariamente a noção de crise suicida. Não é um problema exterior à equipe de assistência, portanto, sua resolução é

incumbência imediata de todos os profissionais envolvidos. Como já foi dito: "Não há como prever quem cometerá ou não suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada paciente apresenta" (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010: S90).

A intervenção de crise busca transformar a crença de que os problemas são incontornáveis, intermináveis e intoleráveis. A ênfase deve ser buscada na compreensão exata dos problemas e na sua solução a curto e médio prazo. As atitudes durante o manejo da crise são decisivas. É necessário atuar de modo acolhedor, respeitoso e sempre direto. O assunto suicídio nunca deve ser evitado e precisa ser tematizado claramente. O profissional inseguro, com medo ou apreensivo quanto ao desfecho, pode ser prejudicial e nocivo. A crise permite aprendizado e pode fornecer recursos resilientes, mas para isso deve-se assegurar que o paciente esteja protegido (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2006). O período crítico costuma ser autolimitado, contudo reiterativo. Após 24-48 horas, geralmente surge um período de exaustão emocional com caráter adaptativo. O manejo consiste em atravessar tais períodos, buscando resolver estressores psicossociais e valorizar razões para viver. Deve-se ajudar o paciente a lidar com a questão de modo não-suicida (Chiles & Strosahl, 2005).

A valorização insistente e excessiva das capacidades de um paciente em superar o período de ideação mais grave pode decorrer de uma contratransferência positiva, em que se aposta no sujeito sem considerar adequadamente as dificuldades envolvidas. Qualquer expectativa incondicional pode ser nociva na relação com o usuário. Foi igualmente descrita uma versão negativa desse efeito contratransferencial, quando o paciente suscita a impressão de que não tem saída e que sua vida realmente não tem sentido, persuadindo insidiosamente o terapeuta da inutilidade seus esforços (Plakun, 2001; Gabbard, 2003). Outro subgrupo que desperta sentimentos de fracasso ou repulsa é constituído pelos repetidores (tentativas em série), que podem fazer escaladas de atos autoagressivos, mas que precisam ser diferenciados daqueles que simplesmente foram objeto de conduta clínica negligente (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2009).

## Prescrevendo

Uma revisão sistemática da base Cochrane mostra que, na assistência básica, tanto tricíclicos (ADT) quanto inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) são efetivos para depressão (Arroll, *et al.*, 2010). Nos casos de depressão leve com baixo risco de suicídio, há evidências para indicação de tratamento psicoterápico.

Quem cuida de pacientes sob maior risco deve manejar antidepressivos, observando criteriosamente a resposta com atenção para resposta insuficiente, piora ou refratariedade. É necessário um plano de tratamento desde a detecção da crise suicida até a diminuição/remissão de sintomas-alvo ou da ideação suicida. Todos os integrantes da equipe devem compreender a psicofarmacologia dos antidepressivos e colaborar com a adesão ao tratamento, o que implica entender o período crítico, sua duração ou demora, além da adoção de critérios sobre como agir em caso de

não-resposta. O diagnóstico de transtorno bipolar do humor (episódio depressivo) ou transtorno depressivo maior, moderado ou grave, exige início de tratamento imediato com antidepressivos mais poderosos. A titulação da dose deve chegar até níveis terapêuticos mais elevados, observando cuidadosamente a latência de resposta e tolerância individual a reações adversas. É necessário tentar cumprir essas etapas no menor tempo possível, esclarecendo o paciente e os familiares sobre o prognóstico. A fase crítica requer monitoramento regular da resposta aos medicamentos, psicoterapias e intervenções por pelo menos oito semanas (de acordo com o desenho dos ensaios clínicos e a latência de resposta).

Considerando que há polêmica sobre inibidores de receptação da serotonina no tratamento de pacientes deprimidos graves sob risco de suicídio, mostra-se mais coerente utilizar drogas robustas, de eficácia comprovada, como tricíclicos (imipramina até 350 mg duas vezes ao dia), inibidores de dupla ação (venlafaxina até 337,5 mg dividida em duas ou três vezes ao dia), antidepressivos atípicos (mirtazapina até 60 mg dividida em uma ou duas vezes ao dia), ou ainda inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) reversíveis (moclobamida até a dose máxima de 1.200 mg em duas a três vezes ao dia). Em uma meta-análise, a venlafaxina aparece com maior resposta e remissão superior aos inibidores seletivos de receptação de serotonina usuais, como fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram e fluvoxamina (Bauer *et al.*, 2009). Não se recomenda a utilização de fluoxetina como antidepressivo nesses casos, havendo, aliás, necessidade de um procedimento de *wash-out* (intervalo livre da substância) por aproximadamente sete dias para introdução de qualquer outro antidepressivo. A titulação deve ser cuidadosa, porém rápida com aumentos semanais ou a cada cinco dias (de cada fração posológica recomendada). Hipotensão postural, retenção urinária, sangramentos, hiponatremia e arritmias podem ocorrer assim como síndrome serotoninérgica. As reações adversas mais comuns da venlafaxina são: hipertensão (até 13%), sudorese (até 25%), perda de peso (até 47%), constipação (até 15%), disfunção erétil (até 6%), alterações de ejaculação (até 19%) ou do orgasmo (até 5%), cefaleia (até 38%), tremor (até 10%), sonolência (até 26%), visão borrada (até 6%) (Micromedex, 2017). O psiquiatra integrante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) deve ajudar, atuando em casos mais graves ou ainda fornecendo interconsulta frequente sobre evolução e resposta, discutindo estratégias medicamentosas para aumento de resposta aos antidepressivos prescritos (adjuvantes) e indicação de eletroconvulsoterapia. Além do trabalho presencial, podem-se utilizar várias formas de telemedicina. O manejo das expectativas da equipe clínica também é esperado por profissionais da saúde mental. O carbonato de lítio sempre pode ser acrescentado ao regime terapêutico, mesmo que não exista indicação formal de estabilizadores do humor – busca-se níveis séricos entre 0,7 e 1,0 MEq/l ou eventualmente até maiores, com a devida orientação sobre intoxicação medicamentosa (Taylor, Paton & Kapur, 2012; Ahearn *et. al.*, 2013).

## Informando

A informação em saúde tem sido considerada muito relevante. O diagnóstico é um direito do usuário e um dever da equipe. Deve-se explanar ao paciente e a seus acompanhantes todos os aspectos do acesso aos meios de autoextermínio e da necessidade de proteção e pedido de ajuda. É necessário, sempre que possível, fornecer um diagnóstico multidimensional.[6] Um contrato terapêutico de não-suicídio deve ser proposto ao paciente com disponibilidade de todas as partes para agir quando houver recrudescimento da ideação suicida (Simon & Hales, 2012). As dificuldades na espera de resposta ao tratamento precisam ser compartilhadas. Acompanhantes terapêuticos têm-se destacado na criação de protocolos de restrição de acesso aos meios, que poderiam ser replicados por agentes comunitários de saúde e equipes de enfermagem. (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2006; Estellita-Lins, Oliveira & Bteshe, 2010; Estellita-Lins *et al*., 2012b).

Pacientes em risco não devem ficar sozinhos e podem se beneficiar de companhia, embora os sintomas cognitivos da depressão os afastem de contato humano. Uma internação pode ser ineficaz se apenas reforça o isolamento e não observa restrição cuidadosa e adequada dos meios de autoextermínio, sobretudo se constatarmos que o cuidado ao risco de suicídio ainda é incipiente em nosso país. Uma internação somente se justifica quando detectado risco significativo de suicídio, com a finalidade de proteger o paciente e instaurar terapêutica medicamentosa ou biológica mais incisiva e de modo mais seguro. As internações devem ser breves, pois as medidas terapêuticas escolhidas devem ser eficazes. O perigo da mentalidade asilar reaparece, já que se trata de situação clínica limite que pode demandar restrições à autodeterminação, internação compulsória e eletroconvulsoterapia (ECT). Quaisquer medidas dessa ordem precisam ser justificadas e monitoradas com extrema delicadeza, com respeito pelo sofrimento e urgência resolutiva, sendo imediatamente suspensas assim que o paciente estiver fora de risco.

Para que tais medidas sejam aceitas (ajuste de medicação, monitoramento de adesão e apoio psicossocial), é necessário fortalecer o paciente e aumentar sua capacidade de decisão e responsabilidade (incluindo familiares, caso existam). O contato regular com pacientes deprimidos ambulatoriais é indispensável e torna-se obrigatório nos casos de risco de suicídio. O processo de comunicação é constitutivo da relação médico-paciente. O telefone é uma ferramenta útil (Botega, Silveira & Mauro, 2010). Lembremos ainda que a informação é uma parte indispensável da tarefa, porém alguns estudos sugerem que os pacientes valorizam bem mais o apoio e a disponibilidade das equipes (Richards *et al*., 2006). Isto revela alguns problemas organizacionais: os

[6] Os estudos sobre medicalização ganharam novo impulso com a obra de Peter Conrad, que mostra situações de empoderamento ou resistência a partir do diagnóstico. Sabe-se que psicólogos, psicanalistas, bacharéis em educação física e nutricionistas se tornaram agentes de medicalização da sociedade. O movimento de direitos civis e a lei de direito à informação reforçam exigências republicanas do direito ao diagnóstico.

pacientes do cuidado básico identificam preponderantemente a necessidade de equipes dedicadas e hábeis, enquanto os médicos generalistas sentem-se inseguros e, por vezes, preferem profissionais da saúde mental mais experientes do que eles próprios atuando junto aos pacientes em risco de suicídio.

A instauração de uma estratégia terapêutica baseada na integralidade supõe compartilhamento de responsabilidades e negociação dos impasses. Todo paciente deve ser adequadamente avaliado acerca do risco de autoagressão. As decisões sobre internação, visitação domiciliar, ambulatório adesivo, monitoramento telefônico ou medidas de segurança precisam ser claramente escolhidas, explicitadas e levadas a termo. Acordos de "pedido de socorro" ou de "não suicídio", assim como negociações sobre restrições da liberdade ou necessidade de internação são corriqueiros e devem ser praticados com segurança (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010). É importante instaurar um contrato de cooperação incondicional com o paciente – ele deve buscar socorro imediato sempre que houver piora. Expectativas de sucesso, efetividade das medidas terapêuticas, sentimento de impotência ou incapacidade constituem sentimentos extremos, porém frequentes, que a equipe deve reconhecer em si própria ou nos familiares e tentar transformar logo que seja possível.

Uma oferta de prescrição, apoio e intervenções psicológicas de baixa complexidade constituem o padrão mínimo esperado no estado atual da arte na atenção básica. A aliança terapêutica precisa ser equilibrada entre o contato face a face – exercido regularmente, de modo adesivo (pelos mesmos atores terapêuticos) – e o contato telefônico regular com membros da equipe. No caso de internação, não se pode esquecer que o paciente retornará para a ESF com menor risco de suicídio ou sem comportamento suicida, porém com os mesmos problemas e diagnósticos iniciais. Permanece a tarefa de educação em saúde voltada para a crise, depressão e os agravos em saúde pertinentes à situação (Richards *et al*., 2006).

O empenho na construção de uma sociedade menos violenta e mais respeitosa para com a tristeza e o luto é muito importante. A prevenção do suicídio constitui uma etapa desta agenda. A consolidação de linhas de cuidado na atenção básica, dedicadas à depressão e ao risco de suicídio, é uma oportunidade absolutamente inestimável. Não existe saúde sem saúde mental.

---

DECLARAÇÃO SOBRE CONFLITOS DE INTERESSE

O autor trabalhou no Ministério da Saúde e na Fundação Oswaldo Cruz. Não foi nem é contratado ou empregado pela indústria farmacêutica. Não possui ações de empresas de medicamentos no mercado de capitais, nem mantém vínculos com a indústria.

## SUGESTÕES DE LEITURA

BOTEGA, N. J. *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOTEGA, N. J. *Crise Suicida: avaliação e manejo*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J.; SILVEIRA, I. U. & MAURO, M. L. F. *Telefonemas na Crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro: Editora ABP, 2010.

## REFERÊNCIAS


AGUIRRE, R. T. & SLATER, H. Suicide postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the United States. *Death Studies*, 34: 529-540, 2010.

AHEARN, E. P. *et al*. Suicide attempts in veterans with bipolar disorder during treatment with lithium, divalproex, and atypical antipsychotics. *Journal of Affective Disorders*, 145(1): 77-82, 2013.

ALMEIDA, O. P. *et al*. A randomized trial to reduce the prevalence of depression and self-harm behavior in older primary care patients. *Annals of Family Medicine*, 10(4): 347-356, 2012.

ARCHER, J. *et al*. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database of Systematic Reviews. Cochrane Collaboration, 2012. Disponível em: <www.cochrane.org/CD006525/DEPRESSN_collaborative-care-for-people-with-depression-and-anxiety>. Acesso em: 16 mar. 2015.

ARROLL, B. *et al*. Antidepressants *versus* placebo for depression in primary care: review. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* London: John Wiley & Sons, 2010. Disponível em: <www.cochrane.org/CD007954/DEPRESSN_antidepressants-versus-placebo-for-depression-in-primary-care>. Acesso em: 4 jan. 2017.

BARROS, R. E.; TUNG, T. C. & MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32: S71-S77, 2010.

BAUER, M. *et al*. The effect of venlafaxine compared with other antidepressants and placebo in the treatment of major depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(3): 172-185, 2009.

BECK, A. T.; KOVACS, M. & WEISSMAN, A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2): 343-352, 1979.

BECK, A. T.; STEER, R. A. & RANIERI, W. F. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4): 499-505, 1988.

BECK, A. T. *et al*. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29(1): 1-9, 1999.

BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, A. & BOTEGA, N., Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32: S87-S95, 2010.

BERTOLOTE, J. M. *et al*. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25(4): 147-155, 2004.

BOTEGA, N. J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1): 7-8, 2007.

BOTEGA, N. J. *Crise Suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N.; SILVEIRA, I. U. & MAURO, M. L. *Telefonemas na Crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro: Editora ABP, 2010.

BOTEGA, N. J. *et al*. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3): 213-220, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Opas. Unicamp. *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Opas, Unicamp, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

BRASIL. Portal do DAB/MS. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal. Competência: janeiro de 2015 a janeiro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 5 mar. 2017.

BRIMBLECOMBE, N.; O'SULLIVAN, G. & PARKINSON, B. Home treatment as an alternative to inpatient admission: characteristics of those treated and factors predicting hospitalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10: 683-687, 2003.

BRONISCH, T. Letter to the editors: depression and suicidal behavior. *Crisis*, 24(4): 179-180, 2003.

BROOK, R. *et al*. Mental health care for adults with suicide ideation. *General Hospital Psychiatry*, 28: 271-277, 2006.

BTESHE, M. *Experiência, Narrativa e Práticas Infocomunicacionais: sobre o cuidado no comportamento suicida*, 2013. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.

CALAZANS, R. & BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4): 640-652, 2008.

CÂMARA FILHO, J. W. *Transtorno de Estresse Pós-traumático em Policiais Militares: um estudo prospectivo*, 2012. Tese de Doutorado, Recife: Universidade Federal de Pernambuco.

CHACHAMOVICH, E. *et al*. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31: S18-25, 2009.

CHILES, J. A. & STROSAHL, K. *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. v. 1. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2005.

CHOCK, M. M. *et al.* Patterns of health care usage in the year before suicide: a population-based case-control study. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(11): 1.475-1.481, 2015.

CULPEPPER, L. Recognizing suicide risk factors in primary and psychiatric care. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, 2010.

DE LEO, D. & EVANS, R. *International Suicide Rates and Prevention Strategies*. Göttingen: Hogrefe & Huber, 2004.

ERNST, C. *et al*. Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(3): 268-273, 2004.

ESTELLITA-LINS, C. De que modo adotar a prevenção do suicídio como causa e ainda como pesquisa. *Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva*, 3: 10-13, 2016.

ESTELLITA-LINS, C. Mental health, indigenous suicide and shamanism in Brazil. *In*: KERRIGAN, P. *et al.* (Eds.). *Mental Health: pasts, current trends and futures*. Hyderabad: Orient BlackSwan & York University, 2017.

ESTELLITA-LINS, C. & OLIVEIRA, V. M. Acompanhamento terapêutico centrado em urgências. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS, I, 4-6 maio 2001, São Paulo.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M. & BTESHE, M. Por uma tentativa de situar o acompanhamento terapêutico entre a psicanálise e a psiquiatria comunitária. *Adverbum*, 4(2): 59-63, 2010.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M. & COUTINHO, M. F. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *Psychê: Revista de Psicanálise*, 10(18): 151-166, 2006.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M. & COUTINHO, M.F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 205-215, 2009.

ESTELLITA-LINS, C. *et al*. (Orgs.). *Trocando Seis por Meia Dúzia: suicídio como emergência do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Mauad X, Faperj, 2012a.

ESTELLITA-LINS, C. *et al.* Prevenção, adesão, promoção de saúde e reabilitação sob o acompanhamento terapêutico. *Psicologia (Lisboa),* 26(2): 41-66, 2012b.

ESTELLITA-LINS, C. *et al.* About field notes and art: Santa Claus' suicide. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 10(3/4): 298-310, 2015.

GABBARD, G. O. Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84: 249-261, 2003.

GOLDNEY, R. D. Suicide prevention is possible: a review of recent studies. Commentary. *Archives of Suicide Research*, 4: 329-3 39, 1998.

GOLDNEY, R. D. Suicide prevention: a pragmatic review of recent studies. *Crisis*, 26 (3): 128-140. 2005.

GONÇALVES, D. M. & KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7): 1.641-1.650, 2008a.

GONÇALVES, D. M. & KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9): 2.043-2.053, 2008b.

JACOBSON, L. *et al*. Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence. *Family Practice*, 19(4): 401-409, 2002.

JORDAN, J. R. & McMENAMY, J. Interventions for suicide survivors: a review of the literature. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4): 337-349, 2004.

JORM, A. F. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40: 3-5, 2006.

JORM, A. F. *et al*. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4): 182-186, 1997.

JUURLINK, D. N. *et al*. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164(14): 1.179-1.184, 2004.

LEFEVRE, M. L. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 160: 719-726, 2014.

LUNDIN, A. *et al*. Psychiatric diagnosis in late adolescence and long-term risk of suicide and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6): 454-461, 2011.

MCNEILL, Y. L.; GILLIES, M. L. & WOOD, S. F. Fifteen year olds at risk of parasuicide or suicide: how can we identify them in general practice? *Family Practice*, 19(5): 461-465, 2002.

MELLO-SANTOS, C. D.; BERTOLOTE, J. M. & YUAN-PANG, W. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2): 131-134, 2005.

MICROMEDEX SOLUTIONS DATABASE. Truven Health Analytics, venlafaxine – adverse reactions, 2017. Disponível em: <www-micromedexsolutions-com.ez68.periodicos.capes.gov.br/micromedex2/librarian> Acesso em: 13 mar. 2017.

MINAYO, M. C. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(supl): 1.259-1267, 2006.

MIYABAYASHI, S. & YASUDA, J. Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(5): 502-508, 2007.

NUTTING, P. A. *et al*. Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. *Annals of Family Medicine*, 3(6): 529-536, 2005.

OLIVEIRA, V. M. *Competência em Saúde Mental (Mental Health Literacy): do conceito às estratégias na questão do suicídio no Brasil*, 2011. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias, 2006. Disponível em: <www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

PLAKUN, E. M. Making the alliance and taking the transference in work with suicidal patients. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10: 269-276, 2001.

PORCU, M. *et al*. Prevalência da sintomatologia depressiva em idosos em uma área de saúde da família no município de Maringá, estado do Paraná. *Acta Scientiarum Maringá*, 24: 703-705, 2002.

RAMOS, I. N. & FALCÃO, E. B. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35: 507-516, 2011.

RAUE, P. J.; GHESQUIÈRE, A. R. & BRUCE, M. L. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 16(9): 466-466, 2014.

RICHARDS, D. A. *et al*. Developing a U. K. protocol for collaborative care: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 28: 296-305, 2006.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Coleção Guia de Referência Rápida. Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <https://drive.google.com/drive/folders/0B3z6uW35PbugbWRmeWVFMWFjMUE>. Acesso em: 12 fev. 2017.

ROCHA, H. A. *et al*. Manejo do suicídio na emergência: dificuldades na formação do residente e na estruturação dos serviços no Brasil. *Debates Psiquiatria Hoje*, 1(5): 41-43, 2009.

SAKINOFSKY, I. The current evidence base for the clinical care of suicidal patients: strenghts and weaknesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(supl. 1): 7S-20S, 2007.

SCHULBERG, H. *et al*. Suicidal ideation and risk levels among primary care patients with uncomplicated depression. *Annals of Family Medicine*, 3(6): 523-528, 2005.

SEMINOTTI, E. P.; PARANHOS, M. E. & THIES, V. O. Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados, 2006. Disponível em: <www.psicologia.pt/artigos/textos/A0297.pdf>. Acesso em: mar. 2015.

SIMON, R. I. & HALES, R. E. (Eds.). *Textbook of Suicide Assessment and Management*. 2. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2012.

SOKERO, T. P. *et al*. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186: 314-318, 2005.

TAYLOR, D.; PATON, C. & KAPUR, S. (Eds.). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. 11. ed. v. 1. Hampshire: Wiley-Blackwell, Informa Healthcare, 2012.

VUORILEHTO, M. S.; MELARTIN, T. K. & ISOMETSÄ, E. T. Suicidal behaviour among primary-care patients with depressive disorders. *Psychological Medicine*, 36(2): 203-210, 2006.

VUORILEHTO, M. *et al*. Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychological Medicine*, 35(5): 673-682, 2005.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2014: os jovens do Brasil*. Brasília: Flacso, 2014.

WILKIN, H. A. *et al*. How community members and health professionals conceptualize medical emergencies: implications for primary care promotion. *Health Education Research*, 27(6): 1.031-1.042, 2012.

WOO, B. K. & SULTZER, D. L. A key step for quality care in psychiatric emergency settings (Editorial). *General Hospital Psychiatry*, 31: 503-504, 2009.

ZHONG, B.-L.; CHIU, H. F. & CONWELL, Y. Rates and characteristics of elderly suicide in China, 2013-14. *Journal of Affective Disorders*, 206(12): 273-279, 2016.

# 10

## As Práticas Grupais em Saúde

*Marco Aurelio Soares Jorge*

Este capítulo traz reflexões acerca das estratégias grupais como um dispositivo de intervenção e cuidado no campo da saúde mental e da atenção básica. Com base na perspectiva de uma clínica política, resgatamos e sistematizamos conceitos para que o profissional busque uma maior fundamentação para suas práticas, a motivação para renová-las e a conscientização de como se desenvolvem essas atividades no cotidiano dos equipamentos de saúde – suas potências, impasses, ambiguidades e contradições.

As práticas com grupos têm despertado interesse não apenas no campo da saúde mental, mas também em outros dispositivos de saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos quais o trabalho em equipe requer também uma coletivização das atividades desenvolvidas com a população atendida. Em geral, os grupos formados nos serviços de atenção primária sempre estão fundamentados no conceito ampliado de saúde e na política de humanização. A política de promoção da saúde propõe que as intervenções sejam construídas no coletivo, e o conceito de saúde não deve ficar restrito à doença. Para os profissionais que promovem essa abordagem, o trabalho com grupos potencializa esse conceito e a importância do alcance político que ele proporciona (Moré, 2011).

As abordagens em grupos nos serviços de saúde, especialmente os da esfera pública, não se justificam apenas porque possibilitam atendimento a um número maior de pacientes. Tais atividades são também capazes de promover uma maior interação dos participantes, a coletivização e o compartilhamento de sofrimentos e angústia de vivências, bem como a busca de soluções coletivas.

Pichón-Rivière, em 1969, definiu muito apropriadamente grupo como:

> Um conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes do tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe explícita

> ou implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade. Podemos dizer então que estrutura, função, coesão e finalidade, juntamente com o número determinado de integrantes, configuram a situação grupal que tem seu modelo natural no grupo familiar. (Pichón-Rivière, 1998)

Entretanto, o risco a ser enfrentado com essa *proliferação* das práticas grupais é o de cair em uma banalização ou imposição por parte dos planejadores, pois as atividades grupais são vistas como abordagens politicamente corretas (Jorge, 2009).

Assim, é grande a possibilidade de ocorrerem situações que devem ser evitadas no lidar diário com os grupos, como o tratamento infantilizado dos pacientes; as imposições de atividades sem respeitar os movimentos ou apelos grupais; o uso de técnicas sem o devido conhecimento e justificativa de seu uso, repetindo atitudes de maneira estereotipada e desprovidas de reflexão.

Porém, faz parte do senso comum a ideia de que o trabalho grupal é mais "superficial" e o atendimento individual é mais "profundo", sendo esses dois conceitos ligados à menor ou maior eficácia terapêutica das abordagens grupais ou individuais.

É claro que o trabalho em grupo não é prerrogativa de uma categoria profissional, pois não é uma especialidade. Mas uma formação do profissional que se dedica ao trabalho com grupos (das mais diversas modalidades) necessita passar por uma reflexão teórico-técnica da prática cotidiana, respeitando todas as possíveis singularidades de suas atividades e de sua clientela. Se consideramos como atividade grupal qualquer estratégia de intervenção (terapêutica, institucional ou de aprendizagem), não serão apenas os chamados grupos terapêuticos que terão essa prerrogativa.

Assim, as oficinas dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com seus profissionais técnicos, têm a mesma potência de um grupo conduzido por outros profissionais. Então, nunca será a categoria profissional que irá determinar o potencial do grupo, mas a capacidade da coordenação em proporcionar a interação e as trocas entre os participantes. Essa mesma lógica é aplicável aos grupos na atenção básica. Os grupos de educação em saúde não podem ser formados simplesmente para a transmissão de informações acerca dos cuidados com a saúde individual, mas deve ser explorado todo o potencial para que a comunidade possa refletir acerca da relação das condições de vida no território em que vive com as condições de saúde existentes.

Os grupos, promovendo espaços de encontros e possibilidades de fala e escuta e, assim, coletivizando o sofrimento individual, certamente contribuem para que as experiências possam ter significados e sentidos na vida das pessoas, proporcionando possíveis mudanças, enfrentamentos e transformações qualitativas.

A importância do trabalho em grupo está fundamentada na crítica a uma concepção de subjetividade relacionada à noção de identidade individual. No viés explicativo de caráter individualista, pratica-se uma clínica intimista que tem, entre seus vários efeitos danosos, reproduzir a dissociação entre individual e social. Essa

lógica remete o indivíduo a buscar dentro de si as causas dos sofrimentos. Assim, ele é o ponto de chegada e o ponto de partida de suas angústias e dores, como se estivessem em sua mente ou em seu corpo a causa e a cura das dores, o que reforça a lógica presente no modelo biomédico.

Em contrapartida, a visão grupalista problematiza a questão que é comumente pautada nas dicotomias indivíduo *versus* sociedade e, consequentemente, psicologismo *versus* sociologismo. Tenta romper com elas, não apenas se colocando em um lugar intermediário entre o individual e o social, ou entre o sujeito e o coletivo, mas compreendendo o grupo como um dispositivo, como aquilo que possibilita o funcionamento dos modos de subjetivação (Jorge, 2009).

Como afirma Barros (2007), o grupo opera como uma máquina de decomposição de verdades, de concepções tomadas como naturais e universais, podendo acionar confrontos entre expressões de modo-indivíduo vigente. No momento em que os enunciados são referenciados a sujeitos coletivos, o grupo dispara desconstruções dos territórios individualizantes da subjetividade e entra em contato com as multiplicidades que flutuam, sem almejar equilíbrios, mas inventando bifurcações de um tempo.

## HISTÓRICO DAS TÉCNICAS DE GRUPO

O médico Joseph Pratt é considerado pioneiro da psicoterapia de grupo, tendo realizado seu trabalho com pacientes tuberculosos em um hospital geral de Boston, ainda em 1906. Consistia em grupos de pacientes em um auditório onde se criava um clima de cooperação e mútua ajuda para que eles pudessem acelerar a recuperação dentro da clínica. Pratt, pela primeira vez, usou as emoções coletivas com finalidades terapêuticas, utilizando uma técnica ativa, com objetivo de fazer surgir de maneira controlada sentimentos de incentivo, rivalidade e solidariedade no grupo. Os *bons pacientes* eram premiados, promovidos a sentarem-se em filas mais próximas do terapeuta.

Mas quem pela primeira vez usou o termo psicoterapia de grupo foi Jacob Levy Moreno em 1931. Desde 1920 ele já utilizava técnicas de grupo, com ênfase na catarse e na dramatização de conflitos psicológicos como fatores terapêuticos principais (Moreno, 1974).

Em 1936 surgem as primeiras publicações relatando o uso de técnicas de origem psicanalítica com grupos terapêuticos. A partir dos anos 1940, a psicoterapia de grupo recebe um *status* de cientificidade com o desenvolvimento nos campos da psicologia e microssociologia, e Kurt Lewin destaca-se entre os investigadores (Saidon,1983).

Desse momento em diante, as práticas grupais em psicoterapia são progressivamente ampliadas, principalmente a partir do pós-guerra.

## A teoria de Kurt Lewin

Lewin dedicou-se ao desenvolvimento de uma psicologia social. Propôs a substituição do conceito de classe, que tinha um caráter valorativo, pelo conceito de campo. Define campo psicológico como o espaço de vida considerado dinamicamente, que compreende tanto o indivíduo quanto o meio. Para o autor, o campo passado é uma das origens do campo presente, mas é no segundo que é possível encontrar as causas das angústias e sofrimentos psíquicos. A essência do grupo está na interdependência de seus membros, e não apenas nas possíveis semelhanças ou diferenças entre eles (Jorge, 2009).

As suas pesquisas, na última fase, versam acerca da dinâmica de grupo, buscando compreender as forças que atuam sobre o indivíduo, embora não correspondam às necessidades dele próprio. São forças induzidas por outras pessoas (família, grupo profissional), e muitas delas são impessoais: correspondem aos valores do grupo e da sociedade em geral, sem refletir o desejo do próprio indivíduo.

A dinâmica grupal refere-se a um conjunto de métodos e técnicas usados em intervenções nos chamados grupos primários, como famílias, equipes de trabalho, salas de aula etc. A rigor, o uso de qualquer uma dessas técnicas objetiva aumentar a capacidade de comunicação e cooperação e, consequentemente, incrementar a espontaneidade e a criatividade dos seres humanos em atividades grupais.

Lewin, em sua teoria de campo, concebeu um esquema para explicar as interações humanas: baseando-se nos princípios da topologia – ramo da geometria que trata das relações espaciais sem considerar a mensuração quantitativa –, estabeleceu uma teoria dinâmica da personalidade centrada na ideia de campo psicológico que mantém interpendência com múltiplas forças sociais. Desenvolveu uma metodologia de trabalho, a pesquisa-ação (*action research*), na qual o indivíduo é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto da ação em estudo. Criou também o primeiro laboratório de dinâmica grupal, onde, em estudos realizados com grupos primários (*face to face groups*), introduz conceitos retirados da física do campo magnético para descrever os fenômenos da existencialidade social do ser humano. Entre os termos os mais comuns, estão: coesão, locomoção em direção a objetivos, procura de uniformidade, atração e equilíbrio de forças. Com base neles, concebe a ideia do grupo como um todo dinâmico, uma *Gestalt*, que não resulta apenas da soma dos seus integrantes, mas tem propriedades específicas como uma totalidade (Lewin, 1965).

## A psicanálise

Apesar de Sigmund Freud nunca ter trabalhado com grupos, ou sequer recomendado esse tipo de experiência, suas concepções sobre a sua influência na formação da personalidade dos indivíduos, especialmente o grupo familiar, estão entre alguns pressupostos teóricos dos que dedicam ao tema. Suas contribuições teóricas são amplamente utilizadas por muitos profissionais que lidam com grupos.

Siegmond H. Foulke foi quem inaugurou a psicoterapia psicanalítica de grupo. Outro importante personagem, dentro da vertente psicanalítica, que trouxe grandes contribuições para a compreensão da dinâmica dos grupos, foi Wilfred Bion, influenciado pelas ideias de Melaine Klein. Partindo de suas experiências com grupos de militares na ala do Hospital Northfield, durante a I e II Guerra Mundial, e mais tarde no Instituto Tavistock em Londres, Bion criou e disseminou vários conceitos acerca da dinâmica grupal.

Podemos classificar os tipos de terapia de grupo baseados na teoria da psicanálise em três modelos. O primeiro é o da psicanálise *no* grupo. A referência é a análise individual no grupo e predomina a oposição homem-sociedade. Em termos terapêuticos, busca-se a análise das motivações intraindividuais dos membros. O segundo modelo é o da psicanálise *de* grupo, em que o grupo tem uma estrutura básica. O sujeito passa a integrar o grupo como *parte* de uma mentalidade grupal. O terceiro é o da psicanálise centrada no grupo. O grupo é um conjunto operativo cuja tarefa é a cura. Não é uma espécie distinta dos demais grupos sociais.

## COMO AS PRÁTICAS GRUPAIS VÊM SENDO UTILIZADAS NA SAÚDE PÚBLICA?

Apesar das mais variadas formas de resistências, as transformações no campo da saúde pública vêm seguindo a proposta na lei 8.080/90 (Brasil, 1990) que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e promove uma concepção ampliada de saúde, e não mais como simplesmente ausência de doença. Assim, o olhar restrito no corpo doente vem sendo estendido para outros determinantes, como as condições de vida na família, comunitárias e sociais.

Castiel (2004) analisa as estratégias políticas que fundamentam a promoção da saúde de duas formas diferentes e antagônicas: uma conservadora e a outra radical libertária. A forma conservadora é aquela que responsabiliza o sujeito pela sua própria saúde. Com o objetivo de conter os gastos públicos na saúde, propõe que ele assuma os cuidados de prevenção, redução de riscos ou paliativos. Utiliza modelos prescritivos guiados por abordagem educativas. Enquanto isso, o outro modelo busca mudar a relação entre indivíduos e Estado, com ênfase nas políticas públicas e ações intersetoriais (Castiel, 2004).

Para Ferreira Neto e Kind (2011), a ênfase na promoção de saúde com a expansão da ESF ampliou a realização de práticas grupais, com desenvolvimentos variados. O autor destaca que a enfermagem se sobressai na proposição de grupos nos trabalhos relacionados à promoção de saúde, comprovando que o interesse e a utilização das ferramentas grupais não se concentram apenas nos profissionais *psi* (psicólogos e psiquiatras). O que se vem demonstrando na prática é que tanto o modelo conservador quanto o radical não excluem a possibilidade de se desenvolver o trabalho com grupos. A diferença irá se dar na forma como esses grupos estabelecem seus objetivos e se organizam. Assim, não basta desenvolver trabalhos com grupos

em um determinado serviço. É primordial estabelecer quais são os objetivos e como se articulam com a política de saúde.

A educação em saúde, numa concepção clássica, busca desenvolver nas pessoas a responsabilidade individual, familiar ou coletiva pela saúde. Como ocorre no campo da promoção da saúde, relatado anteriormente, constata-se a existência de duas dimensões na prática na educação em saúde. A primeira envolve a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, como manter o estado de saúde e as diversas formas de sua recuperação. A segunda inclui os fatores sociais que afetam a saúde, abordando as trajetórias dos diversos estados de adoecimento e de bem-estar que comumente são socialmente determinados.

Podemos perceber que novamente se reproduz a dicotomia presente nas definições de saúde, promoção da saúde e educação em saúde – o velho dilema entre indivíduo e sociedade. Mas como superar esse embate?

Essa discussão também ocorre nos trabalhos com grupos, pois o grupo pode ser tanto um dispositivo de empoderamento quanto de controle e de individuação. Assim parece plausível pensar de que forma é possível constituir uma clínica emancipatória.

## Os grupos-sujeitos e a clínica política

Sabemos que os processos de interação humana são extremamente complexos, especialmente em nossa sociedade capitalista e tecnológica. A acumulação de saberes produzida pela ciência não tem parâmetros na história da humanidade. Mas todo esse conhecimento costuma ser dividido em áreas específicas de acordo com determinados recortes do objeto de estudo, seja no campo das ciências naturais, biológicas ou sociais. No entanto, para alguns autores, que podemos denominar institucionalistas, não deve haver separação radical entre vida econômica, vida política, vida do desejo inconsciente, vida biológica e natural (Baremblitt, 2002).

Um aspecto importante na concepção de clínica, que passamos a denominar *clínica política*, se refere aos modos como se busca incorporar o sujeito no processo saúde/doença/intervenção, por meio de reformulações e ampliação de saberes e práticas em saúde. Essa visão traz em seu bojo críticas às práticas predominantemente preventivistas, às normatizações, à soberania dos aspectos biológicos e da clínica prescritiva, à culpabilização e responsabilização individual, à centralidade do saber do especialista.

São proposições da clínica política: a consideração das múltiplas transferências e percepções de fluxos de afetos produzidos nas diferentes relações entre profissionais da saúde e usuários, a transversalização dessas relações e trocas de saberes, bem como a realização de projetos terapêuticos singulares (Carneiro *et al*., 2010).

Assim, a partir de uma abordagem crítica, busca-se um corpo biopotente; "corajoso", nas palavras de Borges (2009: 12), isto é "que desconstrói o atrelamento do prazer ao codificado". A autora baseia-se na concepção de Pelbart (2007: 58), que

"denomina de biopotência a condição sensível do corpo em inventar-se, criando novas leituras da realidade possibilitadas pelos desvios estabelecidos às formas de sujeição reguladas pelo biopoder". Portanto, restaurar uma capacidade crítica, em um contexto biopolítico é resultado de um pensamento em movimento, "de um corpo capaz de confrontar as adversidades, e a partir destas dar a ver novos mundos possíveis" (Borges, 2009: 189).

Para o senso comum, e talvez para alguns psicanalistas, as coisas acontecem do seguinte modo: por um lado, há os sofrimentos individuais, tratados pela psicanálise e/ou psiquiatria; por outro, os sofrimentos coletivos, relacionados à política. Em todos esses casos, parte-se de uma cisão entre a economia desejante e a economia política. Há um primeiro vetor que faz da clínica uma prática política: o seu compromisso com o desejo. Esse é o eixo da psicanálise, e não o Édipo ou o significante. O desejo não é algo que se busque no passado, na história de vida familiar, nem que se expresse unicamente pela palavra. Não é algo que esteja pronto, aguardando a descoberta, mas um espaço social e político a conquistar.

A luta por modelos de cuidado em saúde se dá principalmente no campo da clínica: na atenção a nossos pacientes. Mas para se pensar nessa micropolítica transformadora, é necessário também constituir uma clínica atravessada pelas diversas forças: subjetivas, familiares, institucionais, sociais e políticas.

Uma nova concepção e uma nova visão de mundo são as bases filosóficas do pensamento esquizoanalítico proposto a partir dos trabalhos de Deleuze e Guattari (*O Anti-Édipo*, 1976). Seus princípios se contrapõem ao pensamento ocidental predominante que, historicamente, carrega o peso da antiga tradição filosófica grega e do capitalismo em sua política de controle, no seu modo de organização das relações humanas e no trato com a natureza e a subjetividade.

Para Deleuze e Guattari (1976), a psicanálise é influenciada pela concepção aristotélica, concebendo o inconsciente como um espaço intrapsíquico no qual se situam as representações recalcadas que a consciência não foi capaz de suportar. Nele estariam armazenados os segredos mais íntimos, os sentimentos confusos e as segundas intenções. O acesso a esse inconsciente para a psicanálise só ocorrerá através de um longo processo de preparação que deve ser administrado por especialista, no caso, pelo psicanalista.

Para a esquizoanálise, entretanto, o inconsciente é produção e criação. Ele é concebido como uma fábrica moderna com suas máquinas desejantes. É um lugar de produção que, ao mesmo que tempo que cria, obtém prazer. Baremblitt (1996: 114) define o inconsciente na perspectiva esquizoanalítica como "um incessante produzir caótico que, ademais, se produz a si mesmo e produz a realidade como renovados Todos". Ele é o próprio movimento de desterritorialização, ou seja, de desmanchamento de modos instituídos de existência. São os afetos soltos em busca de materiais de expressão.

Segundo essa linha de pensamento, o inconsciente está centrado numa multiplicidade de subjetividades. Ele é afetado, de acordo com as características do social, pela

influência das diferentes culturas e pela diversidade de vivências históricas atualizadas, logo, ele não é universal e as identidades não são imutáveis.

Os conjuntos funcionais do inconsciente esquizoanalítico não são reduzidos às estruturas universais como ego, id e superego, conforme descrito na teoria psicanalítica. Para os pensadores Deleuze e Guattari (1976), encontra-se de tudo ali, o que faz com que suas possibilidades de funcionamento sejam múltiplas. Assim, o inconsciente esquizoanalítico é um campo que pode ser acessado a qualquer momento por qualquer pessoa, não necessitando de preparação específica para tal.

Segundo Neto (1991: 17), o inconsciente esquizoanalítico é

> incansável, na busca dos fins da vida, ele está sempre agitando, esparramando, multiplicando, transgredindo. Subversivo, não conhece ordem; suas leis são o acaso, o devir, a multiplicidade. Invisível e indivisível, (...) sendo o eterno construir e desconstruir de si próprio.

Compreendendo-se o inconsciente dessa forma, sua função é muito mais potência do que ausência, pois nele só há sofrimento quando a produção desejante é impedida de desenvolver-se, e a pessoa vive apenas em processo de reprodução por não tolerar a criação do novo.

O real social, entendido pelo viés da esquizoanálise, é construído pelas relações que se encontram em constante mutação. Esse real é o campo da própria existência. Sua produção se dá, portanto, através dos movimentos do desejo, e sua definição deve ser relacionada aos acontecimentos e não às coisas estáveis ou imóveis. A esquizoanálise utiliza o grupo para que sentidos sejam criados e não revelados, como ocorre na psicanálise, pois vê na transformação a forma de se conhecer.

Nessa concepção, o grupo não é separado dos movimentos e processos que o produziram, visão diferenciada em relação a algumas linhas teóricas que acabam definindo o grupo como mais um indivíduo. Ou seja, para a esquizoanálise, o grupo aparece como um modo de subjetivação que ganha dominância na expressão da subjetividade. Assim, ele funciona como um dispositivo, ou seja, como um produtor de efeitos de sentidos variados.

Trata-se de um dispositivo que tensiona, movimenta, desloca, provoca agenciamentos e comporta linhas de forças que levam as palavras e as coisas à luta incessante por sua afirmação. Nele são estabelecidas conexões entre pessoas diferentes, como modos de subjetivação distintos, criando um amplo campo de confrontos e interrogações que podem gerar mudanças onde antes estava cristalizado. É também no trabalho grupal que podemos mais facilmente fazer com que a experiência das angústias saia do individual – como usualmente são vivenciadas na cultura individualizante em que vivemos – e se projete no coletivo, local a que, de fato, pertencem.

O trabalho de Deleuze e Guattari é muito importante na medida que torna possível a articulação entre prática política e prática clínica. Para eles, não existe o grupo em geral, abstraído das determinações concretas. Segundo Vidal (1982: 48):

> A questão consiste, portanto, em saber se o grupo é sujeito da cadeia significante que enuncia, se é agente coletivo de enunciação, ou se é perpassado por um discurso possuidor de normas de cuja produção não participou: se é grupo-sujeito ou submetido, para usar a linguagem da teoria.

Essa diferença pode ser graduada por um coeficiente de transversalidade que está relacionado à margem de abertura de um grupo para outros grupos. As construções do grupo-sujeito são sempre abertas e passíveis de transformações e mudanças, e o grupo tanto pode assumir sua própria plenitude como sua própria morte. Já o grupo submetido ou sujeitado se dobra sobre si mesmo, imagina-se único e imortal, só acolhendo a morte ou as mortificações de forma paranoica como ataques do exterior, desse mesmo exterior que recebe as suas determinações de existência.

Mas infelizmente é importante constatar que a nossa sociedade mergulha em uma concepção ideológica em que prevalece o pensamento individual em detrimento do sentimento coletivo e da solidariedade, e em que a violência e a exclusão social não fazem parte apenas dos noticiários, mas também do cotidiano de todos nós. Assim, o modelo biomédico, que privilegia a visão individualizada do sofrimento, impondo o seu lócus no corpo físico, faz parte de uma lógica mais ampla de visão de sociedade que prioriza a visão privada em detrimento das questões públicas.

Quando construímos uma prática clínica que não reduz suas ações às concepções do binômio queixa-tratamento, as consequências apontam no direcionamento das multiplicidades dos determinantes do campo da saúde, na sua concepção como processo e na complexidade das relações entre os técnicos, gestores e usuários dos serviços de saúde. Como sabiamente afirmam Benevides e Passos (2005: 570): "Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas".

Então é possível denominar essa prática de clínica política, que, assim concebida, se estabelece como uma clínica da intervenção, da experimentação e de práticas e estratégias que sempre são sociais. Portanto, pode-se afirmar que a clínica e o social são inseparáveis, pois é uma questão para se tratar muito mais no campo ético e político do que no campo da técnica.

Os processos de adoecimento sejam eles orgânicos, funcionais ou psíquicos, individualizam e privatizam o problema. O trabalho terapêutico tem o sentido oposto, ou seja, fazer com que possam emergir os conflitos, coletivizando os sofrimentos e angústias, retomando o espaço público de diálogo. A proposta de um modelo clínico político é uma estratégia para transformar a dor silenciada em movimento de autonomia e fortalecimento coletivo.

O grande desafio no trabalho com grupos na saúde mental ou na atenção básica é a construção de uma clínica potente – clínica política –, que possa contribuir para a emancipação e a melhoria da qualidade de vida de nossa população, promovendo a

autoanálise e a autogestão. As pessoas que procuram os serviços de saúde detêm saberes, bem como os instrumentos necessários para produzi-los, conforme as suas dificuldades e possibilidades em resolver seus problemas. Mas tais saberes são desqualificados, e os valores de determinados grupos dominantes são impostos sutilmente aos outros grupos sociais, sem oferecer-lhes oportunidades para protagonizar a produção e a aplicação de seus conhecimentos, e, desse modo, assumir as rédeas do destino de suas vidas.

## SUGESTÕES DE LEITURA

BARROS, R. B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2007.

FERREIRA NETO, J. L. & KIND, L. *Promoção da Saúde: práticas grupais na Estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2011.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. Hucitec, São Paulo, 2006.

## REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G. *Cinco Lições Sobre a Transferência.* 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática*. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002. (Biblioteca Instituto Felix Guattari, 2).

BARROS, R. B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2007.

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 561-571, set. 2005.

BORGES, H. M. O. C. *Sobre o Movimento: o corpo e a clínica*, 2009. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 mar. 2015.

CARNEIRO, A. C. *et al*. Educação popular em saúde mental: relato de uma experiência. *Saúde e Sociedade*, 19(2): 462-474, 2010.

CASTIEL, L. D. Promoção de saúde e sensibilidade epistemológica da categoria "comunidade". *Revista de Saúde Pública*, 38(5): 615-622, 2004.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia.* Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FERREIRA NETO, J. L. & KIND, L. *Promoção da Saúde: práticas grupais na Estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2011.

JORGE, M. A. S. *A Produção de Sintomas como Silenciamento da Violência*, 2009. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

LEWIN, K. *Teoria de Campo em Ciência Social.* São Paulo: Livraria Pioneira, 1965.

MORÉ, C. L. O. O. & RIBEIRO, C. O que são grupos de promoção da saúde e grupos de prevenção de doenças?, 2011. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/958>. Acesso em: 20 mar. 2015.

MORENO, J. L. *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama.* São Paulo: Mestre Jou, 1974.

NETO, A. N. *O Inconsciente como Potência Subversiva*. São Paulo: Escuta, 1991.

PELBART, P. P. Biopolítica. *Sala Preta*, 7: 57-66, 2007.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O Processo Grupal.* 6. ed. rev. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SAIDON, O. I. Sobre a esquizoanálise. Entrevista com o professor Cid Vieira Cortez. *Revista de Estudos Transdisciplinares*, 1: 105-109, 2002.

VIDAL, P. V. Projeto de trabalho sobre o conceito de grupo na obra de Guattari e Deleuze. *In*: BAREMBLITT, G. F. (Org.). *Grupos: teoria e técnica*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

# 11

# Diagnóstico e Medicalização:
## questões para a saúde mental e a atenção básica

*Nina Soalheiro, Elaine Teixeira Rabello e Flávio Sagnori Mota*

Neste capítulo buscamos responder ao desafio de refletir sobre diagnósticos e abordagens psicossociais na atenção básica, tomando como base a construção de um diálogo entre a saúde mental e os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), orientado pela (des)institucionalização. A nossa reflexão tem como ponto de partida uma compreensão do sofrimento psíquico como parte da condição humana. Portanto, os sofrimentos precisam ser interpretados nos contextos de vida e no mundo das necessidades de cada um daqueles que nos procuram, sendo a escuta do paciente e as abordagens propostas sempre orientadas com o objetivo de reenviar o sujeito que sofre à sua história, sem incluí-lo imediata ou necessariamente nos códigos da doença (Basaglia, 2005).

Para iniciar a discussão sobre o tema, é inevitável partir do contexto atual no qual os diagnósticos são cada vez mais ampliados, tornando-se instrumentos de inclusão nos parâmetros do normal e do patológico, em detrimento de sua função original de ordenamento das estratégias de tratamento. Uma inclusão que se dá tanto pela ampliação dos limites de faixas de normalidade e valores de referência para o normal, quanto pela relativização de conceitos e critérios de classificação dentro dos quais um comportamento pode a qualquer momento passar a ser entendido como disfunção ou distúrbio.

Além desse alargamento, devemos ressaltar aspectos culturais que nos levam a refletir para além da concepção de um saber biomédico como algo implacável que se apropria de espaços externos ao seu campo. Na determinação social da doença, participam múltiplos atores que respondem a interesses de diversos setores da sociedade, até mesmo do próprio usuário. Portanto, devemos considerar a participação ativa do usuário que, inserido em um contexto de forte crença no saber técnico científico, apropria-se cada vez mais de um vocabulário próprio da psiquiatria.

Quando olhamos para o campo da saúde da família, torna-se central discutir o tema do diagnóstico, considerando sua complexidade socioepistemológica. Na esfera da saúde mental, ao pensarmos em desinstitucionalização, já partimos da proposta de reconhecer o sofrimento psíquico, sem apressadamente incluí-lo em categorias classificatórias e/ou tornar individuais problemas reconhecidamente advindos do campo social.

Em um contexto em que o saber especialista patologiza comportamentos, também reconhecemos que a rotina de atenção à saúde em geral desestimula e desqualifica certas abordagens psicoterapêuticas e psicossociais. Nesse sentido, tais abordagens perdem espaço em detrimento de outras, por motivos alheios ao campo científico, além de ser permanentemente negada a importância de outras soluções que se encontram no âmbito das relações afetivas, comunitárias, e não médicas. São esses os efeitos e o motor do fenômeno a que chamamos hoje de medicalização e suas implicações com a tecnociência, consumo, biomedicina e mídia. Relações voltadas para a criação de um mercado consumidor direto e privado, esse mesmo que vai propagandear sucessivas epidemias de transtornos mentais que exigiriam soluções farmacológicas, laboratoriais, ou encontradas em clínicas privadas cada vez mais especializadas.

Zorzanelli e colaboradores (2014) ressaltam que o fenômeno e o conceito de medicalização precisam ser sempre contextualizados, na medida em que apresentam aspectos múltiplos, não podendo ser consideradas unidirecionais. A medicalização ocorre, conforme discutiremos adiante, de formas variadas, por razões distintas, envolvendo diversos atores e atingindo de forma desigual diferentes setores da sociedade. Nesse sentido, discutir tal conceito no contexto da atenção básica não consistiria apenas em afirmar a concepção de medicalização como um imperialismo biomédico que serve, além das lógicas de mercado, a um controle social. Devemos considerar também a participação ativa dos usuários, cada vez mais instrumentalizados pela mídia e imersos em uma cultura que tem na biomedicina um de seus pilares estruturantes na produção de subjetividades.

Como dialogar e tratar um paciente que chega à atenção básica já trazendo diagnósticos, indicando medicamentos, pedindo internação e/ou soluções que remetem a demandas muito distantes daquilo que supostamente deveríamos oferecer nesta esfera? Como trabalhar com objetivo de propor a limitação do acesso e uso das drogas, quando na vida real a medicalização é um fato, algumas drogas estão globalizadas, e a guerra às drogas também? Podemos constatar que a droga em forma de medicamento é cada vez mais uma moeda de troca entre profissionais da saúde e usuários, disseminada entre mulheres, amigos e vizinhos solidários àquele que sofre, e sem recursos suficientes para buscar a tão falada e desejável *vida saudável*. Buscar um estilo de vida possível no seu mundo, algo razoável, que não seja baseado em padrões de consumo inalcançáveis, torna-se uma missão quase impossível em que muitos, buscando a saúde da forma como é propagandeada e comercializada, tornam-se mais e mais adoecidos.

A ideia de doença via biomedicina, cada vez mais ampliada e baseada em processos biológicos enigmáticos, pouco compreensíveis e frequentemente apresentados como irreversíveis, impede muitas vezes a reflexão sobre práticas de saúde possíveis, sobre a própria saúde como processo e a conquista individual e coletiva, inserida no contexto das populações, do processo civilizatório vivenciado na cultura da tecnologia, do imediatismo e do consumo. Se o progresso tecnológico na saúde não traz igual acesso aos direitos, como criar e adotar novas práticas de saúde na atenção básica e, principalmente, como conseguir fazer as críticas necessárias, mas continuar trabalhando?

Tais questões já seriam suficientemente complexas, mas nos arriscamos ainda mais ao continuar pensando junto com nosso leitor e trazer outra variável para o debate. Como pensar a saúde mental na atenção básica, considerando a incidência crescente, no campo da saúde em geral, da chamada medicalização da vida, aqui entendida como uma adoção e valorização hiperdimensionada de um saber oriundo e próprio do campo da biomedicina e da psiquiatria? Um saber que acaba por se constituir como referência não apenas para a compreensão do sofrimento, mas também para a adoção de modelos e práticas de atenção à saúde.

Nunca se ouviu falar tanto em transtornos de déficit de atenção, e cada vez mais precocemente. A depressão parece jamais ter acometido parcela tão grande da sociedade na história, especialmente mulheres. A categoria médica e diagnóstica de transtorno bipolar, por sua vez, faz cada vez mais parte do senso comum. Seja nas farmácias privadas que se multiplicam nas cidades, seja nas farmácias públicas do sistema de saúde, nunca se requisitaram tantos psicofármacos. Além disso, criando e propagando algo que a população reconhece como imagens, linguagem e dados científicos – leia-se: biomédicos, epidemiológicos –, a mídia parece veicular a mensagem de que os transtornos mentais são a epidemia do nosso tempo (Freitas & Amarante, 2012; Rabello & Camargo Jr., 2012).

Tais fatos representam a sociedade contemporânea e sua base no paradigma biomédico, que valoriza a identificação e categorização de transtornos. Transtornos esses que são, rapidamente, naturalizados e referendados pelo sistema de saúde, e para os quais a *ciência* (na verdade, a indústria farmacêutica e de produtos/serviços médicos) produz *soluções*. Pouco tempo depois, as classificações se tornam obsoletas, assim como os produtos e serviços a elas atrelados, e um dado segmento social acaba reivindicando novos enquadramentos, manuais, diagnósticos e protocolos de intervenção. Em geral, esse ciclo é justificado por análises que propagam um suposto caos e um futuro sempre incerto e sem esperança para os humanos.

Associada a essa crença está o imperativo de que toda forma de sofrimento e mal-estar deve ser evitada e/ou remediada. Como uma solução técnica e eficaz, então, crescem e aparecem pílulas, gotas, substâncias que querem parecer inofensivas, marcas originais e genéricas, equipamentos, exames e intervenções que prometem

muito. Há um grande esforço de denegar os desafios estruturantes da vida, buscando-se eliminar qualquer tipo de mal-estar próprio da condição humana com o uso abusivo de psicofármacos, conduta que vem sendo apontada como efetiva e crescente das culturas ocidentais (Dantas, 2009; Soalheiro & Mota, 2014).

Com todas as dificuldades de sistematizar sintomatologias psiquiátricas e estabelecer etiologias neste campo, constatamos um permanente esforço científico de categorizar psicopatologias como produtos de alterações fisiológicas e/ou anatômicas (Camargo Jr., 2005). Parte desse conhecimento científico parece vir se alinhando à indústria e à clínica, tentando fundamentar efeitos e avalizar psicofármacos produzidos e comercializados. Uma aliança que produz pílulas com efeitos previstos e não previstos, que prometem *performances* e felicidade, reduzindo-nos a seres cada vez menos humanos e mais desejantes de um comportamento padronizado e supostamente normal.

Dessa forma, a medicalização da vida aqui é entendida como um processo ativo de trazer à esfera biomédica características da vida humana (Conrad, 2007) e, com isso, tornar passíveis de diagnóstico, tratamento e prevenção os comportamentos, eventos e condições próprios da existência humana. Tal perspectiva do conceito atribui papel ativo a diversos atores envolvidos nesse processo, como indústria, governos, sociedade civil, mídia, profissionais e serviços de saúde. A discussão sobre cada um deles ultrapassa os limites deste capítulo, mas não é possível dissociar essa engrenagem das questões aqui abordadas, entendendo que a medicalização da vida não é, de forma alguma, reduzida apenas ao uso irracional e abusivo de medicamentos, ou à ideia de alargamento do poder de categorias profissionais.

Daí a necessidade de considerar a contextualização histórica das políticas de diagnóstico e tratamento da medicina psiquiátrica, destacando-se alguns marcos de mudanças ao longo do tempo: as origens humanistas da medicina mental, a apropriação da loucura pela razão psiquiátrica e a evolução dos sistemas de classificação e seus efeitos sociais. Discutiremos o alcance da influência dos manuais de diagnóstico entre os trabalhadores da saúde para pensarmos o momento atual, no qual uma possível apropriação do sofrimento psíquico pelo mercado dos diagnósticos e psicofármacos produziria um contexto de forte medicalização da sociedade.

Organizamos o capítulo tomando como ponto de partida o nascimento da psiquiatria e as primeiras nosologias e políticas de tratamento da então chamada alienação mental, um modelo fundado por Philippe Pinel na França, que, no seu tratado médico filosófico, lançado ainda em 1800, apresenta suas bases (Pinel, 2007). Para isso se torna indispensável a referência a um dos seus maiores críticos – Michel Foucault –, que, especialmente na *História da Loucura* (1978), identifica o saber psiquiátrico como um "monólogo da razão sobre a loucura". A transformação da loucura em doença mental, segundo o filósofo, marca o seu surgimento como objeto científico, mas também um rompimento do diálogo entre loucura e razão. A linguagem do louco é esquecida, e sobre esse silenciamento teria nascido a psiquiatria (Foucault, 1994).

Em seguida, discutimos os sentidos do diagnóstico na prática clínica, buscando correlações entre passado e presente, trazendo algumas reflexões sobre os manuais de classificação diagnóstica – em especial o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), produzido pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA) – e as questões relevantes para a saúde mental com o seu uso corrente. Apesar da importância de uma outra publicação também muito utilizada, a Classificação Internacional de Doenças (CID), produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), priorizamos para fins deste estudo o DSM, considerando-o paradigmático da psiquiatria atual e do seu papel social num contexto de medicalização na sociedade. A CID e o DSM são manuais diferentes, mutuamente influenciados, que categorizam grupos diagnósticos, listando sintomas e diretrizes para a comunicação entre profissionais.[1]

Por fim, sistematizamos algumas questões em torno das especificidades do sofrimento psíquico, da experiência de adoecimento, e do diagnóstico como mediador de saberes, instrumento de comunicação entre profissionais e equipes que atuam na atenção básica e saúde mental, e suas relações com o tratamento. Procuramos, assim, discutir a importância da desinstitucionalização de saberes diagnósticos na clínica, para refletirmos sobre abordagens psicossociais na atenção básica que sejam menos estereotipadas e baseadas numa busca compartilhada do cuidado. Defendemos uma clínica da atenção psicossocial, pensada para o espaço público, construída por meio de encontros que se dão de muitas formas, mas sempre num caminho de aproximação, em que lidar com o sofrimento e os acontecimentos da vida afeta profissionais, familiares e pacientes.

## ORIGENS DA MEDICINA MENTAL

O alienismo fundado por Pinel cria o modelo asilar e organiza os princípios que fundamentam o hospital como instituição para a cura por meio do isolamento. Como demonstra Foucault, um método construído para identificar a "verdadeira doença":

> o doente deixado em liberdade, no seu meio, na sua família, naquilo que o cercava, com o seu regime, seus hábitos, seus preconceitos, suas ilusões, só poderia ser afetado por uma doença complexa, opaca, emaranhada, uma espécie de doença contra a natureza, ao mesmo tempo, a mistura de várias doenças, e o empecilho para que a *verdadeira doença* pudesse se produzir na autenticidade de sua natureza. (Foucault, 1979: 198, destaque nosso)

Dessa forma, funda-se uma tradição que conjuga clausura e disciplina para a classificação e o tratamento da doença.

Ao resgatarmos aqui *A História da Loucura*, consideramos que com ela Foucault inaugura sua grande crítica ao projeto da psiquiatria, a qual inspirou e fundamentou

[1] Apesar da relevância das diferenças entre as origens, instituições envolvidas e forma de produção dos dois manuais diagnósticos, não abordaremos a questão neste capítulo.

muitas práticas de reforma em vários países. A importância dessa publicação, como demonstra Machado (1979), está na sua grande inovação ao estudar, em diferentes épocas e sem se limitar a nenhuma disciplina, os saberes sobre a loucura, estabelecendo as condições históricas do nascimento da psiquiatria. Para compreender melhor essa questão, façamos um breve retorno à perspectiva foucaultiana, sempre atualizada por outros autores contemporâneos a ela filiados.

Em seu exaustivo estudo, Foucault se refere à mitológica "nau dos loucos", afirmando que na Idade Média eram "barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra" (Foucault, 2005: 9), carregando esses habitantes incômodos, que se tornavam passageiros errantes. O filósofo identifica historicamente a loucura como herdeira da lepra, fazendo uma arqueologia da exclusão e seus ritos, desde a nau dos loucos até o hospital de Pinel. E aponta-nos uma continuidade com a Idade Clássica: "Não existe mais a barca, porém o hospital" (Foucault, 2005: 42).

Nessa perspectiva, Foucault analisa a criação dos hospitais gerais na França e o fenômeno da Grande Internação, relacionando-o a uma necessidade de ordenamento do espaço social. Afirma que o interesse científico pela loucura começaria quando a loucura deixa de ser desrazão e se torna alienação. É nessa época que Philippe Pinel, médico-chefe do Hospital de Bicêtre na França, propõe um novo modelo de tratamento para os distúrbios mentais. Embora essa fosse uma tendência também presente em outras experiências da época, ficaria para sempre associada a Pinel a imagem do fundador e pai da psiquiatria. Como também o seu gesto mitológico de desacorrentar os loucos – libertando-os do lugar e do conjunto das marginalidades da época, abrindo uma nova era (Amarante, 2007).

Ao propor o termo "alienação mental", Pinel retoma as ideias de Hipócrates, para quem o alienado mental seria um indivíduo que se deixa dominar por paixões artificiais, tem a mente direcionada por impulsos subjetivos, distanciando-se da realidade. Como a medicina do final do século XVIII era baseada na anatomopatologia, na busca da etiologia da doença através de necropsias, as ideias de Pinel não conseguiam se encaixar nesse modelo, o que leva a uma psiquiatria muito mais voltada para a terapia e o método do que para a etiologia (Pinel, 2007; Amarante, 2007).

Nesse contexto, as alterações fisiológicas e anatômicas no sistema nervoso não são vistas como as principais causas da alienação mental e, em seus estudos com necropsias, Pinel conclui que a alienação mental estaria mais ligada a distúrbios da mente, pois o cérebro na maioria dos casos estava em perfeito funcionamento (Carvalho, 1995). A despeito da ausência de indícios anatomopatológicos, Pinel desenvolve um conjunto de tecnologias que, no seu conjunto, foram nomeadas de "tratamento moral" – um método desenvolvido no interior do hospital, adaptado para isso e fundamentado em princípios bem definidos: organização do espaço asilar, isolamento e uma relação terapêutica baseada na autoridade. É o próprio Pinel (2007: 223) que, alicerçado na concepção humanista do seu tempo, descreve seu método como "a tarefa que se propõe cumprir (...) para não tentar inutilmente ou conduzir ao acaso o tratamento".

Se antes o louco era considerado radicalmente diferente do não louco, um ser estranho que em nada se assemelhava aos homens de razão, com a psiquiatria, o alienado e o não alienado não tinham mais essências diversas, correspondendo à oposição do humano/inumano. A alienação mental seria a incapacidade de regulação das paixões, que impulsionariam cegamente os indivíduos à realização de atos antissociais e antinormativos. As paixões seriam afetos intensos que rompem a barreira da vontade, e a psiquiatria, como normalizadora dos afetos, apresenta-se como uma vontade poderosa para se impor ao mundo passional da doença mental. Como analisa Birman (1978), os loucos são, por isso, contraditórios em suas ações, não trabalham como as outras pessoas, são diferentes, submersos em um mundo de paixões alteradas e, sobretudo, descontroladas.

O asilo representa também a exclusão do contexto da cidade, de algo mais complexo: "A prática do internamento designa uma nova reação à miséria (...) um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência" (Birman, 1978: 56). Ao isolar a loucura, para estudá-la e tratá-la, a medicina psiquiátrica inicia a demarcação de uma fronteira, aquela que separaria o normal e o patológico, trazendo em si um ideal de sociedade, esse mesmo que hoje se dissemina no senso comum. É um método ainda muito presente nos nossos tempos, com características permanentemente atualizadas em novos dispositivos de diagnóstico e instituições de tratamento. Um exemplo disso, como nos alerta Rotelli (2008), é a evidência de que a Grande Internação teria nos idosos o seu principal alvo, com graves consequências sociais ainda não avaliadas suficientemente.

Atualmente, no contexto de uma psiquiatria supostamente pós-asilar, e especialmente pensando no contexto da saúde mental na atenção básica, temos que nos confrontar com a complexidade dos processos de adoecimento e a invenção de novas práticas que não se identificam com essa psiquiatria construída sobre o silêncio da palavra do louco e a premissa de uma separação radical entre razão e loucura. Para Foucault (1979: 128), algumas reformas na psiquiatria tiveram o mérito de tentar desconstruir esse discurso, "dando ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura, levando-a até o fim, numa experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade".

Como exemplo podemos pensar nas experiências comunitárias da antipsiquiatria, que associa a experiência da esquizofrenia com pressões e exigências contraditórias e paradoxais impostas por situações insustentáveis de vida. Seus autores criticam o fato de que os psiquiatras prestam pouca atenção à experiência do paciente, preocupados apenas em supô-las irreais ou inválidas. Desaprovam também os rituais do exame psiquiátrico, o diagnóstico como uma sentença que incide sobre a experiência de sofrimento, classificando-a como doença, e defendem a importância do acompanhamento psicoterápico, entendido como uma pesquisa, uma busca, uma experiência partilhada. Para eles, existe algo de que a psiquiatria não se ocupa e que definem como essencial: o que acontece entre as pessoas (Laing, 1974).

As sucessivas tentativas de reformas da psiquiatria nos remetem à pertinência das críticas ao saber psiquiátrico, aos valores que sustentam sua prática, reflexões que consideramos fundamentais para o projeto contemporâneo da saúde mental na rede pública, em especial na atenção básica. Um projeto que inclui a constatação dos limites de uma visão psiquiátrica da experiência de sofrimento e loucura e uma análise da dimensão social do ato psiquiátrico. Pensar uma saúde mental para a atenção básica é, sobretudo, valorizar uma perspectiva que busca compreender, aproximar e abordar o que acontece *com* as pessoas e *entre* as pessoas dentro de um território geográfico e subjetivo sempre em transformação.

## A FUNÇÃO DO DIAGNÓSTICO COMO MEDIADOR ENTRE SABERES

A medicalização vem sendo debatida no ambiente acadêmico, com ressonâncias na sociedade, em fóruns, manifestos e movimentos sociais de resistência. Como exemplos, podemos citar os fóruns sobre medicalização da educação e sociedade (Brasil, 2012) e as estratégias de luta do movimento antimanicomial brasileiro, em especial do movimento de usuários de saúde mental (Soalheiro, 2012; Soalheiro & Amarante, 2008).

A abordagem conceitual e prática no tratamento da loucura transformada em doença mental foi se modificando ao longo do tempo, até chegar à configuração atual. Tais transformações foram acompanhadas por mudanças no modo de se referir à loucura, como discutem Amarante e Torre (2010). Com os autores podemos pensar que, numa perspectiva histórica, o conceito pineliano de "alienação mental" deu espaço ao conceito de "doença mental", que atualmente foi substituído por "transtorno mental" ou "distúrbio mental" (Amarante & Torre, 2010, p. 151).

Como já mencionamos, na prática clínica dos médicos psiquiatras e dos demais profissionais da saúde mental, e até mesmo entre pessoas externas à área, a apropriação e o uso de manuais diagnósticos têm sido frequentes. Interessa-nos aqui discutir a crescente valorização e o hiperdimensionamento de manuais como a CID e o DSM que, muitas vezes, se tornam a única base para a construção dos critérios de diagnósticos e tratamento. Essa visão reducionista tem sido particularmente estimulada pela adoção do DSM, como referência de uma cultura diagnóstica, que tem impacto e consequências não apenas no trabalho em saúde mental, mas, no limite, em nossas vidas cotidianas.

No próprio portal de divulgação da APA, encontramos um debate público sobre o crescimento progressivo das categorias diagnósticas desde a primeira edição do DSM. As poucas categorias apresentadas nessa edição se multiplicaram em centenas, como podemos constatar na sua última versão, o DSM V. Dessa forma, apoiados em autores do campo citados ao longo do texto, tomamos esse aumento expressivo como evidência de um processo ativo de medicalização, no sentido aqui a ela atribuído.

O DSM é um sistema de classificação de transtornos mentais que tem sido largamente utilizado por psiquiatras e outros profissionais do campo da saúde mental. De acordo com Matos e colaboradores (2005), esse manual assume tal importância porque padroniza as nomenclaturas das psicopatologias, possibilitando a comunicação entre profissionais; permite estudos estatísticos e auxilia no diagnóstico, propondo diretrizes, descrevendo patologias, apresentando aspectos associados à prevalência na população e indicando um tratamento geralmente restrito à psicofarmacologia ou à terapia cognitiva comportamental.

Dentro desse quadro, o DSM atende bem às funções propostas: apresenta grande confiabilidade na psiquiatria e representa uma ferramenta de referência. Mas, como manual, não fica restrito a um compêndio do saber psiquiátrico (ou de um *tipo* de saber), acaba tornando-se um instrumento adotado pelas políticas e pelos profissionais da saúde mental. E, no extremo, muitas vezes é utilizado como uma lista infalível para o diagnóstico, tomando o lugar da escuta do paciente e da análise das particularidades de cada caso.

Desde sua criação, o DSM é periodicamente revisado, reestruturado, modificado e relançado em sucessivas edições. A mais recente é o DSM-V, que foi precedida pelo DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-R. Tais edições não representaram apenas uma atualização do manual. Em determinados momentos, uma nova edição trazia grandes mudanças em sua estrutura, abordagens e conceitos. Como um reflexo do saber psiquiátrico instituído na América e exportado para outros países, o DSM sempre esteve sincronizado com as transformações e as vertentes hegemônicas no campo do saber científico da psiquiatria e da saúde mental, portanto, não pode ser entendido separadamente do seu tempo histórico e contexto.

Antes de 1952, ano em que foi lançada a primeira edição do DSM, era comum cada centro de ensino elaborar sua própria classificação para atender às necessidades locais, o que acabava produzindo uma diversidade de nomenclaturas e sistemas. Por isso, o lançamento do manual da APA conseguiu inicialmente corresponder às demandas de pesquisas estatísticas e promover um consenso terminológico entre clínicos. Contava com 106 diagnósticos dispostos em 130 páginas, que se originaram de seis classificações iniciais: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo (APA,1952).

A concepção de doença mental derivada da psicanálise relacionava a origem das patologias com reações às adversidades e problemas da vida do indivíduo (Mayes & Horwitz, 2005). Lançado em 1968, o DSM-II foi construído com base na coleta de dados estatísticos e apresentava 182 diagnósticos dispostos em 134 páginas. É importante ressaltar que, tanto no DSM-I quanto no DSM-II, a classificação diagnóstica considerava os sintomas como indícios de conflitos interiores que deveriam ser investigados e tratados. Tais conflitos, por sua vez, nunca seriam completamente solucionados e tratados sem o entendimento da vida pessoal do paciente, suas condições e experiências (Strand, 2011).

Em 1980, foi publicada a terceira edição do DSM, com 262 diagnósticos e 494 páginas, apresentando uma variedade de classificações e um conteúdo muito maior que as versões anteriores (Mayes & Horwitz, 2005). Essa edição marca uma ruptura com o padrão de classificação utilizado anteriormente, os objetivos agora eram outros, os interesses se voltaram para a formulação de um saber mais objetivo, universal e, portanto, mais próximo de um saber científico, características que a psicanálise não tinha e por isso passaria a representar um obstáculo para essa corrente. Por conseguinte, a psiquiatria biológica ganha espaço no cenário da saúde mental, com mudanças na visão da subjetividade humana e a formação de novos grupos diagnósticos e identitários.

O DSM-III ganha poder de influência em muitos países, transformando-se numa referência para aqueles que se ocupavam da prática clínica em saúde mental, que passam a utilizá-lo como um instrumento neutro de conteúdo generalizável. Apesar de manter a divisão entre transtornos orgânicos – com base em alguma disfunção observável no cérebro – e não orgânicos – sem alteração neurológica correspondente, aos quais seria atribuída uma etiologia psíquica –, o manual ressaltava que os transtornos não orgânicos não eram independentes do mau funcionamento cerebral e tinham origem no sistema nervoso (Russo & Venâncio, 2006).

Na sequência, no ano de 1995, foi lançada a quarta versão do DSM, que se consolida como referência para o aprendizado de psicopatologia na formação de profissionais da saúde mental e uso na prática clínica. Posteriormente foi atualizado com uma versão revisada, o DSM-IV-R. Recentemente, em 2013, foi publicada a quinta versão, cuja classificação diagnóstica tem sido alvo de intensos debates. A inclusão de novas patologias, como "desregulação do temperamento com disforia", "síndrome de risco psicótico", "desordem hipersexual", são exemplos de classificações que designam respectivamente o comportamento de crianças muito agitadas, comportamentos extravagantes e impulsos sexuais mais acentuados que o usual. Tais mudanças sinalizam uma evidente patologização de comportamentos (Freitas & Amarante, 2012).

O lançamento do DSM-V, com 300 categorias diagnósticas dispostas em 947 páginas (APA, 2013), foi precedido de muita rejeição e controvérsia no próprio meio científico americano. Entre os críticos, estão psiquiatras ligados à própria APA, alguns apresentando incômodas constatações sobre os impactos que o manual provocou na sociedade e o desenvolvimento de uma indústria da psicofarmacologia de medicamentos, que a cada novo transtorno passaria a colocar no mercado o psicofármaco correspondente, criando um potente mercado consumidor (Strand, 2011; Russo & Venâncio, 2006).

Através das cinco edições principais do DSM e suas edições revisadas, temos a visão de um processo que passa ao largo da difícil demarcação das concepções de normal e patológico no campo da produção do saber científico. Além disso, inclui

uma deliberada negação da complexidade das experiências de sofrimento e adoecimento psíquico e de sua natureza muitas vezes refratária aos enquadres e classificações. Dessa forma, a dificuldade de compreensão das experiências psíquicas e sua redução a um sistema classificatório de transtornos mentais, com base em critérios instituídos, criariam um campo propício para a medicalização e seus subprodutos. Se pensarmos que o papel do indivíduo na sociedade estaria submetido a dispositivos de controle social, que, por sua vez, envolvem mecanismos de formação de identidade (Berger, 1986), o diagnóstico não seria, então, mais um dispositivo de controle social e alienação?

O que tentamos ressaltar aqui é como manuais de classificação se tornam referência de saber científico assimilado por psiquiatras e trabalhadores da área da saúde mental, que, por sua vez, passam a exercer influência na sociedade, então *destinada* e *obstinada* a seguir o caminho da medicalização.

Hacking (2002), na discussão sobre os efeitos do ato de nomear, classificar e rotular, ressalta que ao fazermos isso, assim como ao apresentar um diagnóstico, trazemos à tona um sentimento de inevitabilidade, de que as coisas acontecerão de determinada maneira. O nome, conceito ou rótulo dado em um diagnóstico de saúde, por exemplo, passa também a assumir um papel de agente moral de responsabilização (*você tem um papel nesse processo*) e desresponsabilização (*irá acontecer independente de você*). Esse é um dos motivos pelos quais estamos todos engajados no esforço coletivo de, referendados por saberes biomédicos, conhecer, prescrutar e entender a etiologia da dita doença mental, e a buscamos nas imperfeições genéticas, desequilíbrios químicos cerebrais e até mesmo em agentes físicos. Os tratamentos propostos pretenderiam apenas amenizar os efeitos dessas adversidades biológicas ou livrar-nos de dores existenciais e, dessa maneira, acabamos legitimando e reforçando o paradigma ao prescrever, indicar e/ou consumir as pílulas da normalidade desenvolvidas e produzidas em larga escala pela indústria farmacêutica.

Apesar da hegemonia dessa visão, também cresce o espaço para os críticos e os defensores da compreensão da doença mental como um processo multicausal, ou mesmo uma experiência existencial associada a diversos elementos sociais e históricos de cada indivíduo; uma compreensão mais ampliada do social e da doença, em que o ideal de saúde e bem-estar não seria tão padronizado, tampouco os papéis sociais que determinam o comportamento desejável dos indivíduos.

A doença – assim como a experiência do sujeito que a vive – pode ser compreendida dentro de um referencial que, além daquele proposto pelo saber científico, também incluiria a dimensão construída pelo senso comum, relações sociais, cultura e ideais de uma sociedade. Desse ponto de vista, as experiências psíquicas comportam uma construção social, sendo variável e ambígua a delimitação das fronteiras no que diz respeito à identificação de marcadores e medidas, por exemplo, entre tristeza e depressão, variações de humor e transtorno bipolar ou agitação infantil e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Freitas & Amarante, 2012).

Retomando Berger (1986), da mesma forma que há um evidente controle social operado pelos mais diversos dispositivos, haveria também uma vontade profunda de pertencimento, o que explica o fato de cada indivíduo procurar assumir o lugar que a sociedade lhe destina, moldando sua identidade de acordo com o papel e as ações esperadas dele no espaço social. Desse modo, podemos considerar o diagnóstico um dado crucial na vida de um paciente, que pode, com base nele, vir a adotar deteminados comportamentos, enquadrar-se nas limitações esperadas, assumir prognósticos dados e novas formas de identidade. O diagnóstico produziria impactos e transformações na vida dos indivíduos, levando-os a uma nova visão de si.

Nesse sentido, entender o fenômeno do chamado nominalismo dinâmico e do efeito *looping* (Hacking, 2002) é interessante, pois ilustra bem como acontece esse processo cíclico: um comportamento é nomeado e classificado, uma vez que o sujeito é diagnosticado (considere-se que ele é um ser humano, e não um objeto inanimado), ele reage a esse diagnóstico de alguma forma, seja em termos comportamentais, emocionais ou sociais. Essa reação, em larga escala, uma e outra vez, faz com que essa categoria diagnóstica, em pouco tempo, fique obsoleta e necessite ser revista. Ou seja, o próprio ato de classificar gera necessidade de reclassificar, e o sujeito diagnosticado bem como os profissionais e instituições envolvidas são parte ativa desse ciclo.

Quando pensamos em atenção territorializada, esse fenômeno assume importância particular. À medida que uma equipe da ESF *negocia* um conceito e constrói uma matriz diagnóstica para um caso que considera de saúde mental, a prática da mesma equipe é decidida/afetada por essa classificação. Em consequência, essa ideia ecoa microssocialmente (considerando que as ações na atenção básica são territoriais), afetando a identidade desses sujeitos na comunidade e as futuras ações da própria equipe de saúde relacionadas com eles. Ou seja, os usuários da rede e as equipes por eles responsáveis mudam em decorrência da classificação, porque a partir daí são tratados de maneira estereotipada, passam a se comportar de determinada forma, relacionando-se com certas instituições, agindo e reagindo como esperado em tal contexto.

Ao receber um diagnóstico de transtorno bipolar, por exemplo, o paciente passará a ressignificar seus sofrimentos passados, comportar-se como portador desse transtorno, consumindo a medicação recomendada, buscando os tratamentos adequados e identificando-se num lugar social destinado ao seu novo grupo. Esse processo o faz entrar para as estatísticas das psicopatologias, tornando-se um consumidor do lucrativo mercado das indústrias farmacêuticas, referendado por parte da ciência e por um tipo de clínica. À medida que os bipolares vão sendo cada vez mais definidos por sintomas e enquadramentos, é necessário rever a classificação, seja para incluir novos sujeitos, seja para diferenciar os já diagnosticados. Assim giram os motores da medicalização e, no caso da saúde mental, o lucrativo mercado da *medicação*, com os psicotrópicos.

## DIAGNÓSTICO E ABORDAGENS PSICOSSOCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA BUSCA COMPARTILHADA

Entendemos a importância dos diagnósticos como signos de linguagem, como instrumentos de comunicação, que devem ser apropriados pelos profissionais da saúde. Do mesmo modo, a troca de saberes sobre as várias formas de constituição do sofrimento psíquico e o seu entendimento como a expressão daquele que sofre pode ser um instrumento potente na elaboração de projetos terapêuticos e de suporte. Isso significa trazer a experiência da doença para a dimensão da vida e entender o cuidado como um encontro, um processo compartilhado.

Campos (2005), ao polemizar sobre o projeto de uma clínica da saúde pública, afirma que este tipo de clínica tem tradição normativa e legal, impõe limites e constrangimentos em decorrência disso e não haveria como ignorar essa realidade. O autor define a saúde como uma finalidade, algo que se procura defender ou construir, um objetivo que se persegue. Dessa forma, a clínica e as estratégias de saúde coletiva agiriam sobre a doença, o risco de adoecer e as vulnerabilidades induzidas por situações inerentes às pessoas ou ao contexto em que vivem. E aí começariam os nossos problemas, porque saúde implica também modos como se vive a própria vida, possibilidades de gozo, de prazer, de felicidade. O estilo de vida e as condições de vida e de saúde são, por isso, uma mescla do que cada sujeito faz com sua vida e do que as instituições e organizações fazem da vida dele.

Defendemos, ainda com Campos (2005), a importância de buscar uma nova dialética entre sujeito e doença, acentuando que, se nessa relação há muitas posições possíveis, também deveria haver, na prática, numerosas clínicas. O autor propõe uma clínica do sujeito – ampliada e revista – que inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito. Para ele, se concebermos a doença como uma abstração que comporta uma regularidade que nunca se repete exatamente igual, isso não nos isentaria de construir um saber sobre as *regularidades possíveis* e criar condições institucionais favoráveis à troca de informação e à construção coletiva dos projetos terapêuticos sem a diluição de responsabilidades e a omissão diante do desconhecido ou imprevisto.

Lancetti (2006), por sua vez, nos convida a refletir sobre uma clínica peripatética, que se daria no ir e vir, constituída de um conjunto de estratégias destinadas a pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais. O autor propõe repensar os *settings* e os cenários, descrevendo uma série de experiências clínicas com situações móveis, feita de percursos e transposições de espaços e tempos institucionais que sejam férteis para a produção de subjetividade e cidadania. E, sobretudo, movidas pelo esforço de inovação em tratamentos burocratizados, sem descobertas, repetitivos.

Tal clínica visaria a criar possibilidades de encontro com as pessoas – em especial os pacientes psicóticos ou com alterações psíquicas graves. Seriam empreendimentos em que se buscaria a conexão com pessoas, atividades e locais, depois do colapso provocado

pelo surto. Tais propostas sinalizam uma busca de eficácia e de ruptura em relação a práticas segmentarizadas e burocráticas, em que o acolhimento e a escuta do sofrimento se somariam a múltiplas atividades coletivas. Uma clínica em movimento, em que os percursos às vezes seriam poéticos, outras vezes dramáticos ou mesmo patéticos.

Lancetti salienta que, na prática, há de fato uma tendência de cronificação quando criamos coletivos altamente repetitivos. Para ele, os Centros de Atenção. Psicossocial (Caps) têm envelhecido prematuramente, criando rotinas segmentarizadas, relações infantilizadas, e os profissionais – regidos pelas dificuldades – se enclausuram em diversas formas de corporativismo, e os recursos se reduzem, se repetem. Propõe como saída a ação combinada, a socialização do conhecimento e a distribuição de saberes, no estabelecimento de uma relação continuada de cuidado, que deve construir um percurso clínico dentro do território geográfico e existencial das pessoas que pretendemos ajudar.

No prefácio ao livro *A Clínica Peripatética de Lancetti* (2006), Peter Pal Pelbart, em relação à potência desse encontro, considera fundamentais as seguintes perguntas: como investir na autonomia e não na infantilização dos sujeitos? Como suscitar em suas vidas o acontecimento inédito, a surpresa, senão pela ascendência afetiva, entrando com o próprio corpo, mobilizando o entorno, inventando conjuntamente uma linha de fuga, um agenciamento coletivo?

A tradição basagliana, que queremos tão viva em nossas práticas, concebe a doença mental como uma contradição do homem que pode ser verificada em qualquer tipo de sociedade, afirmando que cada sociedade faz da doença aquilo que mais lhe convém. Esse movimento, que se identifica como a face social da doença, será determinante em sua evolução. Para Basaglia (2005), é nesse sentido que se pode falar de uma estreita relação entre psiquiatria e política, entre psiquiatria e ordem pública. Para ele, se é verdade que a política não cura os doentes mentais, o adoecimento e seus códigos interpretativos têm um caráter político preciso.

Em Basaglia, quando o valor é o homem, a saúde não pode representar a norma, pois a condição humana é estar constantemente entre saúde e doença. É necessário estarmos diante de um sofrimento que devemos enfrentar – sem instrumentos, sem defesas – para apreender o mundo de necessidades do qual provém e para remetê-lo à história da qual foi banido, no momento em que foi definido como doença. Um encontro que não se dá sem nos relacionarmos com essa angústia e esse sofrimento, sem objetificá-los automaticamente nos esquemas da doença.

Para Kinoshita (1997), a discussão sobre o que é o sofrimento psíquico não pode evitar o debate filosófico e metafísico, sobre o que é a doença, o ser da doença. Ressalta o caráter do sofrimento como a expressão viva de alguém, da dor de um ser humano, e, numa referência a Canguilhem, refuta uma visão ocidental da saúde, entendida como o *silêncio dos órgãos*. Critica os que trabalham com uma ideia ontológica de doença, segundo a qual ela deve ser combatida, extirpada, sem concebê-la como expressão de um sofrimento.

Na visão do autor, a saúde estaria exatamente na potencialidade que o ser vivo tem dentro de si. A saúde se manifesta exatamente no risco de estar doente, e o sujeito se mostra saudável superando esse limite. Por isso ressalta que a doença, em especial a doença mental, entendida como uma limitação, seria uma questão paradoxal. O sujeito, mesmo doente, pode estar saudável, uma vez que busca continuamente superar-se. Essa aparente contradição se explica ao constatarmos que as pessoas vão se tornando saudáveis à medida que vão superando a inércia do sofrimento.

Tal processo, para Boff (2004), exige o testemunho e a presença de quem cuida. O teólogo enfatiza a relação, desde a etimologia da palavra, entre cuidado e cura, já que o humano se definiria justamente pela necessidade de cuidados desde o nascimento até a morte. Partindo da constatação inevitável de que tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e viver, Boff chama a atenção para o fato de que, no nosso tempo, haveria um abandono da reverência indispensável para cuidar da vida e de sua fragilidade. Esse fato nos permite pensar uma concepção de cuidado, em que cuidar, mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

As nossas reflexões se encaminham para conceber o cuidado como um encontro, que traz a experiência da doença para a dimensão da vida. Uma aproximação entre a loucura e a vida que contém em si, sobretudo, uma revalorização da vida, para além das instituições. Uma prática que quer se sustentar fora do monólogo da razão sobre a loucura, dos abusos de poder, do diagnóstico como sentença. Uma clínica que busca um processo compartilhado, em que realmente importa o que acontece entre as pessoas. Uma clínica política e crítica do seu projeto, do seu lugar no espaço público, aqui entendido como um espaço construído pelas subjetividades e sociabilidades, resultantes da interação entre indivíduos e coletivos que buscam novas práticas e instituições que comportem a vida com liberdade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece muito presente em nossa sociedade uma exigência de bem-estar constante, sem haver espaço nem tempo para a dor, e todas as adversidades inerentes à existência são decididamente evitadas. Com as novas exigências da vida num capitalismo globalizado e competitivo, a dor torna-se um sentimento inaceitável. Para Dantas (2009), a contemporaneidade estaria marcada por uma crença quase absoluta no discurso técnico, as pessoas anestesiando-se com substâncias que prometem muito, desde a perda de peso até a felicidade plena.

Neste contexto, o discurso científico assume um sentido mítico (Japiassu, 2005). Acredita-se que um suposto poder ilimitado da ciência produziria a medicalização *da* e *na* sociedade, uma vez que comportamentos e acontecimentos da vida cotidiana se tornariam passíveis de tratamento, cura e prevenção. Uma visão fantasiosa da realidade, em que a doença e a necessidade de remédios seriam permanentemente

fabricadas. Os psicofármacos, tornados bens de consumo, passam a ser vistos como uma panaceia para todos os males do espírito, suprimindo as variações de humor, a tristeza e todos os tipos de sentimento considerados inadequados.

A existência de relações-limite, envolvendo aspectos éticos, mercadológicos e de corrupção, nos levaria a importantes questionamentos sobre a nossa responsabilidade como profissionais da saúde nos processos de medicalização. A complexidade dos problemas que envolvem as fronteiras entre normal e patológico, antes negligenciada pelo tratamento fundado no isolamento social, encontra-se agora novamente negada por uma concepção simplista e funcional que engessa o nosso trabalho em codificações e convenções. A medicalização dos comportamentos e da vida, na contramão de uma lógica da saúde responsável e ética, subverte o papel do profissional, afeta nossas subjetividades. Uma cultura produtora de subjetividades medicalizadas que pretende nos fazer crer em uma suposta epidemia de transtornos mentais.

Dessa forma, argumentamos sobre a importância da busca de uma linguagem que supere a psicopatologia puramente classificatória, o uso irracional e acrítico dos psicofármacos, resgatando a experiência do adoecimento e lançando mão de todos os instrumentos possíveis de comunicação coletiva para o tratamento. Propomos uma clínica que não seja invasiva, que respeite as inúmeras formas de viver, que se movimente contra a paralisia do sofrimento; uma clínica em saúde mental para a rede pública, utopia de um novo lugar social para a diversidade e a diferença, movimento pela transformação da vida.

## SUGESTÕES DE LEITURA

ANGELL, M. *A Verdade sobre os Laboratórios Farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2010.

BASAGLIA, F. *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FREITAS, F. & AMARANTE, P. *Medicalização em Psiquiatria*. Editora Fiocruz, 2015.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. & TORRE, E. H. G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. *In*: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária.* Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1. ed. Washington: American Psychiatric Association, 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

BASAGLIA, F. *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BERGER, P. L. *Perspectivas Sociológicas: uma visão humanística*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

BIRMAN, J. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOFF, L. *Saber Cuidar*: ética do humano – compaixão pela terra. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Subsídios para a campanha "Não à medicalização da vida": medicalização da educação, 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2013.

CAMARGO JR., K. R. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(supl.): 177-201, 2005.

CAMPOS, G. W. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, M. C. A. *Sobre a Formação Teórico-Clínica de Médicos Psiquiatras: um estudo na rede de saúde de Niterói*, 1995. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Pontifica Universidade Católica.

CONRAD, P. *The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

DANTAS, J. B. *Tecnificação da Vida: uma discussão sobre o discurso de medicalização da sociedade. Fractal: Revista de Psicologia*, 2(3): 563-580, set./dez. 2009.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. Préface. *In*: FOUCAULT, M. *Dits et Écrits* IV. Paris: Gallimard, 1994.

FOUCAULT, M. *História da Loucura* 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FREITAS, F. & AMARANTE, P. Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI. Disponível em: <www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2429&idSubCategoria=56>. Acesso em: 10 jun. 2012.

HACKING, I. *Historical Ontology*. London: Harvard University Press, 2002.

JAPIASSU, H. *Ciência e Destino Humano*. São Paulo: Imago, 2005.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. *In*: CAMPOS, F. C. C. B.; HENRINQUE, C. M. P. (Orgs.). *Contra a Maré à Beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

LAING, R. D. *Laços*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1974.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

RUSSO, J. & VENANCIO, A. T A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3): 460-483, set. 2006.

SOALHEIRO, N. I. & MOTA, F. S. Medicalização da vida: doença,. transtornos e saúde mental. *Revista. Polis e Psique*, 4(2): 65-85, 2014.

STRAND, M. Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge. *Theory and Society*, 40(3): 273-313, May 2011.

# 12

# Saúde Mental na Perspectiva da Medicina Chinesa e sua Aplicação na Atenção Básica em Saúde

*Augusto César Rosito Ferreira*

Este capítulo tem como objetivo apresentar aos trabalhadores da saúde da família a cosmologia chinesa – isto é, o modo chinês de ver e explicar as coisas, o mundo, o ser humano – como uma alternativa válida e útil para inspirar e orientar as ações de cuidado, atenção e promoção em saúde, especialmente no que se refere à saúde mental.

Embora a medicina chinesa venha sendo cada vez mais conhecida e praticada no Brasil, vamos considerar que o leitor deste livro talvez não tenha tido ainda acesso a um dos numerosos textos que explicam o básico da medicina chinesa ou da cosmologia chinesa, e por isso esta introdução torna-se ainda mais necessária.

Ao apresentarmos a medicina chinesa e seus princípios básicos, não podemos deixar de expor, simultaneamente, algumas ideias que orientam a leitura deste capítulo, por duas razões: a primeira é que a medicina chinesa e a medicina ocidental se baseiam em preceitos realmente diferentes; a segunda é que, como veremos, muito da medicina chinesa e de suas técnicas de cura e cuidado com a saúde consiste justamente em se observar os princípios, aparentemente simples de sua cosmovisão – suas ideias sobre o mundo – na vida cotidiana. E acreditamos que exatamente aqui reside o potencial de uma grande contribuição ao trabalho em saúde, de acordo com as perspectivas atuais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Não se privilegiam neste capítulo as características de um texto estritamente acadêmico, porque é dirigido aos trabalhadores, buscando contribuir para a reflexão e renovação de suas práticas. Acreditamos que o trabalho em saúde, assim como na educação, é um trabalho de intervenção sobre a realidade, para modificá-la. As disciplinas científicas podem e devem servir de instrumental em nossa atuação, mas não devemos nem podemos ficar circunscritos ao discurso científico, já que as questões políticas e éticas, aquelas que nos movem na vida em sociedade, estão para além do âmbito da ciência, tanto no foco e método, quanto na importância.

Dentro desse quadro, esperamos que este capítulo, apesar de seu caráter introdutório, venha a estimular o interesse por uma qualificação específica no âmbito da medicina chinesa ao profissional da saúde que lida com todas as dificuldades de seu trabalho e do cotidiano da população brasileira.

Ainda nesta introdução, queremos dividir com o leitor uma dificuldade, já que precisaria ser superada logo de início. A tentativa de passagem da escrita da língua chinesa, que se constitui de ideogramas, para as línguas ocidentais, é sempre difícil, mas há sistemas criados para isso, nos quais se convenciona o som que cada letra ou encontro de letras do nosso alfabeto deverá ter para tentar reproduzir o modo como os chineses falam. O chamado sistema Pinyn é utilizado atualmente pela República Popular da China e é cada vez mais adotado em todo o mundo. Antes dele se usava amplamente o sistema Wade-Giles, e outros, e, por essa razão, nos acostumamos a ler algumas palavras de origem chinesa nesses sistemas, como tao, taoismo, Mao Tsé Tung etc. Vamos usar aqui o Pinyn, exceto em alguns casos em que a palavra for mais conhecida em outro sistema.

Além disso, como a concepção chinesa dos órgãos do corpo é bem diferente da ocidental, para distingui-los vamos utilizar os nomes dos órgãos na acepção ocidental com inicial minúscula e, quando na acepção chinesa, com inicial maiúscula (por exemplo: coração, Coração). Os demais conceitos especificamente chineses virão em itálico, como por exemplo: *Qi*, *JinYe* etc.

## BREVE HISTÓRICO DA MEDICINA CHINESA E SUA ENTRADA NO BRASIL

A prática da medicina na China começou há muito tempo, de tal modo que nos é impossível estabelecer uma data precisa. O que temos de certo é que esse início se deu há milhares de anos, possivelmente ao redor de quatro mil anos, e ela vem sendo adotada ininterruptamente desde então.

Essa antiguidade é um testemunho vivo e prático de sua eficácia como um sistema de cuidados com a saúde. Some-se a isto o fato de que a China sempre foi um país – ou uma região de muitos reinos – com uma população realmente numerosa, e sua medicina teve de dar conta dessa dimensão.

Desde sua origem, a medicina chinesa – a qual a partir de agora nos referiremos como MC – teve uma característica a ser ressaltada, e que poderíamos hoje denominar *xamânica*, tanto na relação mais direta com as forças e elementos da natureza, quanto na relativa personalização dessas forças.

Esse aspecto perpassa toda a cultura chinesa, inclusive a sua filosofia – especialmente o taoismo –, que tende a enfatizar que o bem-estar humano é alcançado quando o homem se coloca em harmonia com a natureza e suas forças, visíveis e invisíveis.

Assim, a MC levava em consideração a existência de espíritos que influenciam a saúde, o que ocorre ainda hoje na China, entre numerosos praticantes de linhagens

familiares de medicina clássica. Entretanto, tal concepção foi oficialmente retirada do corpo de conhecimentos sobre saúde ensinado nas universidades.

Voltaremos a esse assunto mais adiante, já que é especialmente importante para as questões ligadas à saúde mental na MC, mas por aqui, já solicitamos ao leitor um *espírito compreensivo* e um *coração magnânimo* para dar a devida chance a novas ideias e compreender que esses espíritos não correspondem necessariamente ao conceito do termo no Ocidente (isto é, como uma entidade separada), mas podem significar também *inteligências* específicas presentes no corpo: a inteligência dos Rins, do Fígado etc.

Como a MC tem uma longa existência, é razoável admitir que ao longo de sua história tenha passado por transformações, tanto em sua prática quanto em seu corpo teórico. Além disto, assim como hoje, havia diversas linhas de MC com peculiaridades e pontos em comum.

No que se refere a essas diferentes linhas, às vezes há alguma controvérsia, ou melhor, disputa, sobre qual seria, atualmente, a MC mais representativa ou mesmo *verdadeira*. No entanto, como essa prática é produto de uma cultura viva que vem passando por mudanças durante toda a sua longa história, torna-se difícil identificar qual seria a linha mais representativa.

Segundo Unschuld (2003), o amadurecimento da MC pode ser localizado na dinastia Han, que se estendeu do século II a. C. ao século II d. C. Nessa época foram redigidos os livros depois considerados referências da MC: o *Livro de Medicina Interna do Imperador Amarelo* e o *Clássico das Dificuldades*.

Por sua vez, Svoboda e Lade (1998: 21) consideram que a *idade de ouro* da MC ocorreu entre os séculos IV e X d.C., quando

> criaram-se farmácias e hospitais públicos, compôs-se uma farmacopeia oficial, estudaram-se ideias estrangeiras, desenvolveram-se novos métodos e redigiram-se novos tratados. Foi durante essa época brilhante que a medicina chinesa definiu a forma na qual, com poucas modificações, a conhecemos hoje.

Tendemos a crer, entretanto, que as mais drásticas mudanças na prática da MC tenham ocorrido nos séculos XIX e XX, período em que a influência ocidental sobre a China se fez cada vez maior. Os próprios governos chineses adotavam programas de reformas políticas e sociais que tentavam seguir os modelos da cultura do Ocidente, pelo menos até certo ponto. A medicina ocidental, então, passou a ser a medicina oficial por certo período, enquanto a MC chegou a ser uma prática proibida dentro do próprio território chinês.

Durante a Revolução Cultural – movimento promovido por Mao Tsé Tung em 1966 e que durou até sua morte, em 1976, – tudo o que se referisse ao passado, às tradições e até mesmo ao intelectualismo na China, foi alvo de perseguição e destruição. Aí incluíram-se não só os dissidentes políticos de Mao, mas também professores universitários, livros e monumentos históricos considerados por ele "reacionários".

Hoje a MC é apresentada pela China como a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), na qual o corpo teórico básico foi aproveitado, mas modificado numa tentativa de conciliação com a ciência contemporânea. Fora da China, várias linhas de MC são estudadas e praticadas, mas a MTC é a mais difundida.

Em termos gerais, podemos afirmar que a nossa medicina, radicada na cosmovisão científica, está tentando aproveitar as *técnicas* utilizadas por outras medicinas, desde que sejam eficazes e que possam vir a ser explicadas pelo referencial científico. Assim, o que interessa a ela, no momento, é apenas a acupuntura, e não a MC em sua totalidade. Fala-se então em *acupuntura científica*, que parece ser o conjunto dos trabalhos teóricos e pesquisas clínicas que buscam entender o funcionamento das agulhas sobre o corpo, de um ponto de vista totalmente científico e sem as explicações oriundas da MC.

No Ocidente, têm-se notícias da MC desde a época das grandes navegações. Entretanto, as informações eram superficiais, às vezes apresentadas como curiosidades exóticas. Pouco a pouco, o interesse foi crescendo, e os clássicos chineses foram sendo traduzidos para línguas europeias.

Provavelmente foi George Soulié de Morant, cônsul francês na China e estudioso da cultura chinesa, o primeiro europeu a descrever com mais propriedade a MC, fazendo referência aos textos chineses de medicina e, ainda, a praticar a acupuntura com base na teoria da própria MC, no início do século XX.

O século XX foi palco do acirramento de uma crise de valores e paradigmas nas culturas ocidentais. As décadas de 1960 e 1970 viram surgir o movimento denominado contracultura, que fez uma ampla crítica ao modelo de sociedade ocidental e buscou formas alternativas de vida e convivência.

Foi nessa época, mais precisamente em 1972, que a ida do ex-presidente dos Estados Unidos da América, Richard Nixon, à China, acabou tornando-se um marco na aceitação da MC, ou pelo menos da acupuntura no Ocidente. Essa foi a primeira viagem de um presidente estadunidense à China comunista depois de mais de vinte anos de corte das relações diplomáticas. Além disso, médicos e equipes de jornalismo puderam observar a eficácia da acupuntura em práticas clínicas.

Desde o final da década de 1970, época da conferência de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem recomendando a adoção das medicinas tradicionais e complementares (vários sistemas de saúde, incluindo a MC) por parte de seus países-membros. A eficácia, o baixo custo e a acessibilidade são parâmetros para essa conduta.

No Brasil, a MC passou por fases de rejeição, especificamente por parte das corporações médicas. No entanto, um movimento sem volta já estava acontecendo também por aqui nessa época, uma vez que o modelo predominante de saúde, excludente, caro e incapaz de lidar com diversos males crônicos, dava ampla margem de aceitação pelo público à MC, um sistema de cuidado e tratamento que, além de ter as vantagens citadas pela OMS, também trazia em sua prática clínica uma abordagem

muito mais humana ao usuário. O Conselho de Fisioterapia foi o primeiro no Brasil a aceitar a acupuntura como prática reconhecida de seus profissionais.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), de 2006, parece corresponder ao apelo feito pela OMS, já que indica as seguintes práticas: acupuntura/MC, homeopatia, fitoterapia, termalismo e medicina antroposófica. A política tem como objetivos:

> 1. Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
>
> 2. Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
>
> 3. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades e;
>
> 4. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Cabe registrar ainda, neste brevíssimo histórico da MC, a disputa corporativista que se trava no Brasil entre, de um lado, as entidades médicas – que após, o período de ataque e rejeição, passaram a reivindicar para os médicos a exclusividade no uso da acupuntura – e, de outro, as demais profissões da área da saúde – que entendem ser a MC (incluindo a acupuntura) uma outra racionalidade médica, multiprofissional e aberta a todos os profissionais da saúde que nela se especializem.

## A NATUREZA COMO MESTRA

A cosmologia chinesa – isto é, a maneira como essa cultura entende o mundo, a vida e o ser humano – provavelmente começa com a ideia da dualidade básica da natureza. Tudo pode ser colocado em termos de pares opostos: claro e escuro, dia e noite, leve e pesado, e assim por diante. Isso significa que o universo é feito de coisas *Yin* e coisas *Yang*. *Yin* são todas as coisas que se afinam com uma determinada ideia ou princípio, e *Yang*, as outras, que formam seus opostos. Para facilitar o entendimento, vamos recorrer ao quadro a seguir.

| *Yin* | *Yang* |
|---|---|
| Noite | Dia |
| Escuro | Claro |
| Frio | Quente |
| Úmido | Seco |
| Pesado | Leve |
| Macio | Duro |
| Contração | Expansão |
| Receptivo | Propositivo |

A única dualidade que devemos evitar aqui é de natureza axiológica, isto é, de valores. Há quem afirme que Bem e Mal têm correspondência com *Yin* e *Yang*. Poderíamos até perguntar, então, onde essas pessoas colocariam o Bem e o Mal no quadro anterior. Mas não é necessário perguntar, porque a natureza não tem esse tipo de apreciação valorativa.

A natureza não tem preferência nem pelo dia nem pela noite. Nós é que podemos preferir uma coisa a outra. E também podemos preferir uma coisa num momento, e a coisa oposta em outro. Por exemplo, podemos afirmar que às vezes o *quente* é melhor, especialmente se estamos atravessando uma noite fria de um inverno. Mas também podemos perceber que o *frio* é melhor se estamos sob um sol tórrido.

Daí vem outra ideia que podemos inferir até de nossa experiência prática: a relatividade desses opostos. Algo pode ser *Yin* e *Yang* simultaneamente – e geralmente é –, *Yin* em relação a uma coisa, e *Yang* em relação a outra coisa. Por exemplo, um dia que marca a temperatura de 37ºC é *Yang* em relação a outro dia que só chegou a 17ºC, mas é *Yin* em relação a outro que alcançou os 47ºC.

*Yin* e *Yang*, então, não são exatamente *forças* que existem isoladas e por si sós na natureza, mas dualidades que podemos constatar em todo fenômeno natural. Assim, *Yin* e *Yang* têm entre si relação de interdependência.

Esse aspecto se reflete em outra lei que se manifesta aqui: a interconversão, ou seja, o *Yin* pode passar a ser *Yang*, e o *Yang* pode passar a ser *Yin*. Geralmente isso acontece em ciclos, no qual há um crescimento, um auge, e, no máximo da expressão *Yin* ou *Yang*, nasce (dentro de si próprio) o seu oposto.

A ideia filosófica taoista se refere a um equilíbrio, ou seja, uma harmonia que há no universo entre *Yin* e *Yang*. O símbolo que os taoistas chineses antigos criaram é talvez conhecido hoje em todo o mundo e representa, em um círculo (símbolo da perfeição e da harmonia), as duas forças, opostas em sua natureza, mas em perfeito equilíbrio entre si. No símbolo também se registra o nascimento de *Yin* dentro de *Yang*, e *Yang* dentro de *Yin*, no momento de sua máxima expressão.

Outra forma importante de classificação dos fenômenos naturais é a dos cinco movimentos ou cinco elementos. Assim, teremos na natureza os movimentos e os elementos que se coadunam com a Água, a Madeira, o Fogo, a Terra e o Metal. A Água é receptiva, geradora e oculta; a Madeira é expansiva e insurgente; o Fogo é impulsivo e dominante; a Terra é transformadora e firme; o Metal é concentrador e cortante.

Os cinco movimentos podem ser representados em uma sequência denominada cosmológica, que começa pela Água, e a seguir vêm Fogo, Madeira, Metal e Terra. Essa sequência também está de acordo com a ideia da Água como fonte de vida e criação.

Os chineses associam cada cor, sabor, e mesmo órgãos do corpo a cada um dos cinco elementos. Assim, há cinco cores, cinco sabores, cinco órgãos etc. Não é tão fácil entender a ideia dos cinco movimentos como é a da dualidade de *Yin* e *Yang*. Por isso, um quadro com essas relações aqui é ainda mais importante.

| | Água | Madeira | Fogo | Terra | Metal |
|---|---|---|---|---|---|
| Cor | Preto | Verde | Vermelho | Amarelo | Branco |
| Sabor | Salgado | Ácido | Amargo | Doce | Picante |
| Órgão | Rim | Fígado | Coração | Baço | Pulmão |
| Emoção | Medo | Raiva | Alegria | Preocupação | Tristeza |
| Direção | Norte | Leste | Sul | Centro | Oeste |
| Estação | Inverno | Primavera | Verão | Canícula[1] | Outono |
| Clima | Frio | Vento | Calor | Umidade | Secura |
| Sentido | Audição | Visão | Tato | Paladar | Olfato |

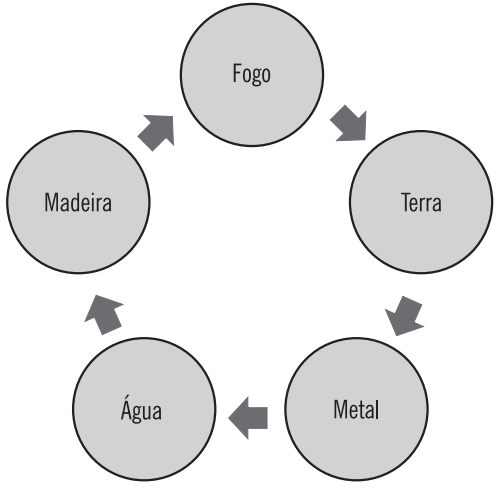
[1] Canícula é o período mais quente do ano, e, na cosmologia chinesa, um período entre o final do verão e o início do outono.

O quadro apresentado relaciona apenas uma pequena parte de tudo o que é possível estar contido nele. Potencialmente, todas as coisas da natureza poderiam ser nele inseridas.

Os cinco movimentos podem ser analisados em sua relação dinâmica mútua, no que se chama *ciclo.* Há dois ciclos harmônicos: o de geração e o de controle ou dominância. Esses ciclos vão fortalecer a tendência à harmonia em toda a natureza.

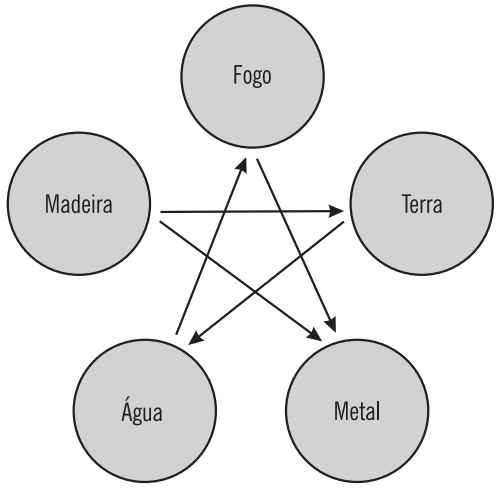
O ciclo de geração é aquele no qual um elemento gera outro elemento: a Água gera a Madeira (as plantas precisam de água para crescer); a Madeira gera o Fogo (a madeira é alimento para o fogo); o Fogo gera a Terra (as cinzas vão compor e alimentar a terra); a Terra gera o Metal (as jazidas de metal são encontradas dentro da terra); o Metal gera a Água (os metais são fundíveis, e a água é o símbolo de todos os líquidos), e assim o ciclo continua.

O ciclo de geração pode representado em forma de desenho, como a seguir:




O outro ciclo harmônico é o de controle, ou de dominância. Também poderíamos dizer que este é um ciclo de regulação, no qual um elemento regula outro elemento: a Água regula o Fogo (pois a água pode apagar o fogo); o Fogo regula o Metal (pois o fogo derrete o metal); o Metal regula a Madeira (pois sob a forma de instrumento cortante, o metal corta a madeira, como num machado); a Madeira regula a Terra (tal como as raízes das árvores penetram, seguram ou racham a terra); e a Terra regula a Água (como numa represa).

Esse ciclo também pode ser visualizado graficamente da seguinte forma:




Os ciclos de relações entre os cinco movimentos tendem a estabelecer uma harmonia entre eles, uma vez que, no final, todos dependem de todos, mesmo que de forma indireta. Demonstram também que não há hierarquia entre os diferentes elementos que compõem a natureza: nenhum é mais importante do que os outros, e todos são necessários ao perfeito funcionamento do universo. Essas ideias relativas à natureza em geral vão estar muito presentes na MC e são utilizadas tanto para o diagnóstico como para o tratamento das doenças.

Há também um ciclo, chamado de contradominância, que é mais uma tabela de entendimento do que pode ocorrer no corpo quando há desarmonia, do que propriamente um ciclo. Nesse caso, a direção das setas do ciclo de regulação se inverte, e então poderia o Fogo *ofender* a Água, ou a Água *ofender* a Terra, a Terra *ofender* a Madeira, e a Madeira *ofender* o Fogo.

Há outras relações desarmônicas, como a supergeração e a superdominância, nas quais as relações cíclicas naturais são exageradas, o que ocasiona a desarmonia e a doença.

## O corpo e seus componentes

O entendimento do corpo humano e seu funcionamento na MC e na biomedicina é notavelmente diferente. Para a MC, há cinco Substâncias Vitais ou essenciais no corpo. Algumas têm correspondência com substâncias reconhecidas na biomedicina, outras não. Além disso, o conceito chinês da própria substância pode ser muito próximo do nosso conceito, como o de líquidos corporais – *Jin Ye* –, mais ou menos

próximo, como o de sangue – *Xue* –, ou bastante diferente como o *Qi*, que vem sendo traduzido como *energia*, embora não tenha exatamente o mesmo sentido.

A compreensão do conceito de cada substância vital requer tempo e estudo. Unschuld (2003) nos previne sobre o modo incorreto como certos termos são traduzidos do chinês para as línguas ocidentais, especialmente a substância *Qi* (pronunciamos "tchi"). É necessário dar um *desconto* para termos muito específicos, tendo em vista a total falta de correspondentes em nossa medicina, e até em nosso modo científico de ver as coisas. O que não deve faltar, nesses casos, são as observações pertinentes para orientar o estudante.

No quadro a seguir, listam-se as Substâncias Vitais e tenta-se estabelecer correspondências com elementos mais conhecidos por nós.

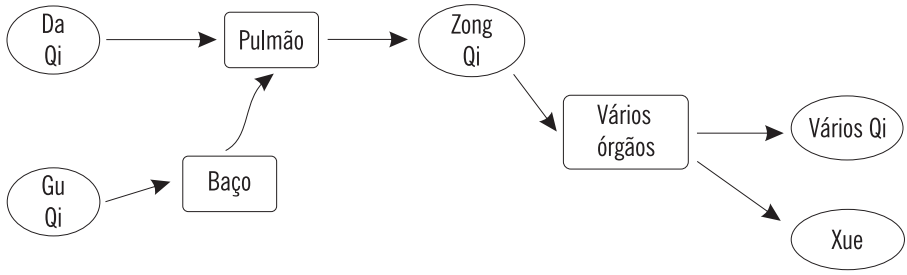
| Substância Vital | Descrição comparativa |
|---|---|
| *Jin Ye* | Humores, líquidos orgânicos ou corporais |
| *Xue* | Sangue |
| *Qi* | Vapor, sopro, substância sutil ou etérea |
| *Jing* | Essência vital, vitalidade reprodutiva |
| *Shen* | Espírito, psique, mente |

Essas substâncias, cada uma com funções específicas, mantêm entre si relação dinâmica de mútua ajuda, produção, manutenção, proteção, às vezes convertendo-se uma na outra, em benefício de todo o organismo.

A fisiologia é o estudo das relações entre essas Substâncias Vitais no corpo. Considerando-se os limites deste trabalho, não é possível apresentá-la em toda a sua complexidade, traçaremos apenas as linhas gerais desta área de estudo.

O *Jin Ye*, produzido no corpo a partir dos alimentos e líquidos que ingerimos, tem a função de umedecer e lubrificar os órgãos do corpo.

O *Qi* tem várias subdivisões e funções. A principal forma de produção desta substância no corpo é a partir do *Qi* que vem dos alimentos e líquidos (*Gu Qi*) e do *Qi* trazido pelo ar que respiramos (*Da Qi*). Esses tipos de *Qi* não podem ser utilizados pelo corpo no estado em que são absorvidos do meio exterior, precisam ser refinados por alguns órgãos internos. O Baço é o Órgão encarregado de extrair o *Gu Qi* dos alimentos e conduzi-lo ao Pulmão para, junto com o *Da Qi*, produzir o *Zong Qi*, a partir do qual o organismo produzirá os outros tipos de *Qi*, e também *Xue*.




Entre as várias funções do *Qi* no corpo, podemos citar a transformação, transporte, proteção e aquecimento. Ainda a respeito do *Qi*, o seguinte trecho do livro *Os Fundamentos da Medicina Chinesa*, de Giovanni Maciocia, nos parece muito elucidativo:

> Os filósofos e médicos chineses observaram o relacionamento entre o universo e os seres humanos, e consideraram o *Qi* dos seres humanos como resultado da interação do *Qi* do Céu e da Terra. (...) isto enfatiza a interação entre o *Qi* dos seres humanos e as forças naturais. A medicina chinesa enfatiza o relacionamento entre os seres humanos e seu meio ambiente, e leva isto em consideração para determinar a etiologia, o diagnóstico e o tratamento. (Maciocia, 1996: 52)

O *Xue*, além de ter uma função semelhante à do *Jin Ye*, apresenta também a função de nutrir as diversas partes do corpo e de ser a morada de *Shen*. Esta relação entre *Xue* e *Shen* (sangue e espírito) será retomada adiante.

Cabe agora uma explicação para situar e diferenciar MC de acupuntura: a MC, como um sistema completo de lidar com o processo saúde-doença, tem um repertório de métodos de tratamento que inclui, além da acupuntura, moxabustão, fitoterapia, ventosas, massagens, exercícios físicos, entre outros. Todas essas técnicas envolvem algum tipo de trabalho com o *Qi* da pessoa. Assim, a acupuntura é apenas uma parte da MC, embora a mais conhecida e praticada no Ocidente.

Voltando ao estudo do corpo humano, introduzimos agora os Meridianos – canais por onde passam, preferencialmente, os diferentes tipos de *Qi*. Para entender a ideia, basta pensar na rede vascular do corpo: há artérias e veias, arteríolas, capilares, vênulas, de modo que o sangue circula por praticamente todo o corpo, sendo mais forte e abundante em alguns locais, e mais sutil em outros.

Da mesma forma, o *Qi* circula preferencialmente por caminhos – os canais ou Meridianos – que se comunicam entre si e formam uma rede, tal como o sistema vascular. E há sistemas que são ligados a um Órgão específico do corpo. Assim temos, por exemplo, os Meridianos do Coração, do Pulmão etc., através dos quais podemos acessar o *Qi* de seu respectivo Órgão e tratar suas desarmonias.

Uma diferença entre o sistema vascular e o sistema de Meridianos é que o primeiro pode visto e tocado, e o segundo não. São caminhos que a substância vital *Qi* toma

para fluir no corpo, e que foram mapeados pelos estudiosos chineses há séculos de forma indireta, provavelmente por meio dos efeitos que constataram ao atuar sobre determinados pontos do corpo humano.

Cada Órgão e seus Meridianos (são dois para cada Órgão, simétricos em relação aos dimídios, isto é, temos um Meridiano para o Fígado no lado esquerdo, e simetricamente, também do lado direito) compõem uma unidade, mas os Órgãos propriamente formam o que se chama na MC de Interior, e os Meridianos (juntamente com músculos e pele) de Exterior. Assim, os Meridianos fazem uma ponte do corpo com o meio externo. Compõem um sistema de relação, de mediação entre o corpo e o ambiente por meio do *Qi*.

A essência *Jing* é em grande parte herdada dos pais e, entre suas funções, atua como a base das atividades metabólicas e regula o crescimento, o desenvolvimento e a reprodução.

## Diagnóstico

O contato do terapeuta com o paciente em MC envolve bastante sensibilidade e escuta. O diagnóstico abrange uma longa lista de itens a serem investigados pelo terapeuta. Ele vai observar o corpo do paciente, tanto em pequenos detalhes de sinais corporais (cor da pele, aspecto, presença ou ausência de cabelos etc.), quanto no corpo como um todo: modo de andar, de se posicionar e o tipo constitucional.

Os tipos constitucionais podem ser visualizados por vários indicadores e se relacionam aos cinco movimentos: Água (ex.: coluna longa em relação aos membros), Madeira (ex.: magro, mas de músculos visíveis.), Fogo (ex.: anda rápido, geralmente calvo), Terra (ex.: atarracado, corpo forte), ou Metal (ex.: anda lentamente, costas largas). O mais comum é que cada pessoa seja uma mistura de dois ou mais tipos constitucionais.

Além da visão, o terapeuta utilizará outros órgãos dos sentidos para fazer o diagnóstico do paciente: ouvindo (tanto os sons que o corpo emite, quanto a fala em sua forma, entonação, volume etc.), cheirando (a acupuntura constitucional dos cinco elementos enfatiza esse aspecto), ou palpando (o diagnóstico pelo pulso, por exemplo, é uma técnica e arte muito trabalhada na MC). Irá também fazer perguntas para compreender detalhes da vida da pessoa em seu cotidiano, aprofundando-se mais ou menos em cada aspecto de acordo com as pistas que vai percebendo por meio de outros sinais e sintomas.

As causas do adoecimento são diversas e podem ser agrupadas em internas, externas e outras. Esta classificação segue o padrão tradicionalmente apresentado, em que são listados apenas os seis climas como causas externas.

As causas internas das doenças são as emoções, o que corrobora a noção de inter-relação entre corpo e mente na visão da MC. É preciso ficar claro, também, que todas as emoções são consideradas normais e necessárias na vida. Em si

mesmas, não provocam doenças, apenas o excesso delas é que pode causar problemas, ou a desarmonia entre elas.

É interessante observar como essa questão está sempre equacionada em termos de desequilíbrio. "A medicina chinesa enfatiza o equilíbrio como uma questão-chave da saúde: o equilíbrio entre o repouso e os exercícios, na dieta, equilíbrio das atividades sexuais e climático. Qualquer desequilíbrio pode se tornar uma causa patológica" (Maciocia, 1996: 161).

Como neste capítulo pretendemos apenas apresentar uma visão geral da MC, vamos resumir essas causas no quadro a seguir, sem nos deter em mais explicações sobre cada uma.

| | | |
|---|---|---|
| Internas | As sete emoções | Fúria |
| | | Alegria |
| | | Tristeza |
| | | Preocupação |
| | | Medo |
| | | Choque |
| Externas | Os seis climas | Frio |
| | | Calor do verão |
| | | Umidade |
| | | Secura |
| | | Vento |
| | | Fogo |
| Outras | Compleição debilitada | |
| | Excesso de trabalho | (inclui trabalho mental e atividades físicas) |
| | Excesso de atividade sexual | |
| | Dieta inadequada | (em quantidade e qualidade) |
| | Trauma | |
| | Parasitas e venenos | |
| | Tratamento inadequado | |

## Shen, ou espírito, e a saúde mental na perspectiva da MC

O conceito de *Shen* da MC –, e sua tradução e utilização pelos ocidentais – é bastante interessante. O ideograma de *Shen*, fora do contexto da MC, é traduzido como deidade, alma, espírito, vivacidade, deus, divindade; sobrenatural, mágico, milagroso; inteligência, mente; expressividade, expressão, aparência. No termo composto

*Jingshen*, é traduzido como vigor, vitalidade, essência (o *espírito* de alguma coisa, intenção ou propósito); mente, consciência, direção.

Apesar dessas diferentes possibilidades de tradução, que indicam em primeiro lugar o aspecto *espiritual*, há clara preferência, nos textos acadêmicos, pela tradução por mente ou o aspecto psíquico do ser humano. Unschuld (2003: 6) comenta que:

> Os autores ocidentais parecem ser continuamente forçados a decidir qual padrão isolado de conhecimento (seja macro ou micro) devem apresentar a seus leitores. Quase unanimemente, eles não aceitaram as terapias demonológicas e religiosas chinesas como facetas da medicina chinesa tradicional ou contemporânea, apesar desses padrões de conhecimento terem exercido um tremendo impacto sobre os cuidados de saúde na China desde a antiguidade remota até nossos dias.

Conforme vimos no quadro referente aos cinco movimentos, fundamentalmente são cinco as emoções: medo, raiva, alegria, pensamento (ou preocupação) e tristeza; cada uma delas ligada a um Órgão: Rim, Fígado, Coração, Baço, Pulmão. E cada um destes Órgãos, respectivamente, é a sede de um espírito: *Zhi* (vontade), *Hun* (alma etérea), *Shen* (espírito mestre), *Yi* (propósito) e *Po* (alma corpórea).

O propósito desses espíritos ou inteligências específicas será sempre a preservação, florescimento e perpetuação da vida, analogamente ao papel das emoções, que existem para preservar a vida, livrar-nos do perigo, fazer o que é necessário para viver. Esta ideia está em consonância com a etimologia ocidental da palavra "emoção": *emovere*, mover, agitar, remover, mover para fora. Ou com a da palavra "alma", em latim: *anima*. Dessa palavra vêm os termos "animado", "ânimo", "seres animados" (que têm alma, espírito) e "inanimados" (sem alma), entre outros.

*Shen* (espírito) está ligado ao Coração e ao *Xue* (sangue), já que *Xue*, e mais especificamente o Coração, é a morada de *Shen*. Se *Xue* estiver enfraquecido, ou o Coração afetado, haverá alguma perda das funções de *Shen* (memória, emoções, pensamento etc.). Em termos ocidentais, o espírito mora no coração, que também é a sede das emoções e cujo sangue traz vida e ação ao corpo (ânimo).

As tentativas de anular as emoções, ou disfarçá-las por muito tempo, prejudicam a saúde, pois é da natureza delas moverem-se para fora, serem expressas. Isso não é uma justificativa para a grosseria no trato social, mas nos referimos aqui a exageros prolongados, tanto no embotamento delas quanto na intensificação artificial e maquinada. Exacerbar as emoções faz com que elas percam a razão de ser – preservar a harmonia ou o equilíbrio da essência vital. Em contrapartida, embotá-las esvazia-nos da própria vida.

Possivelmente os altos níveis de estresse, ansiedade e depressão registrados em nossa sociedade sejam devidos a esse tensionamento da vida artificialmente acelerada, que também causa desgaste, exaustão, embotamento e esvaziamento da vida, da vida

real e de relação, resultantes de ideologias individualistas, e um convívio humano cada vez mais distanciado, superficial, efêmero, ou mediatizado pela tecnologia virtual.

Tais questões são importantes, pois nos abrem novas oportunidades de compreensão das situações no trabalho em saúde e, especialmente, na área da saúde mental, porque para a MC não se deve separar o estudo de *Shen* do das demais Substâncias Vitais. *Shen* deve ser compreendido dentro de um todo inter-relacionado, e no qual será cuidado.

Consequência dessa noção é o fato de que na MC não havia o que chamamos de psicologia ou seus especialistas, psicólogos, psiquiatras etc. Há apenas *saúde*, e nesse conceito se inclui o que chamamos no Ocidente de saúde mental.

Maciocia (1996: 163-164) afirma que

> A visão dos sistemas internos como esferas físico-mental-emocionais de influência é um dos aspectos mais importantes da Medicina Chinesa. O ponto central disto é o conceito de *Qi* como energia-matéria que dá origem a fenômenos físicos ou mentais e emocionais ao mesmo tempo. Assim, na Medicina Chinesa, o corpo, a mente e as emoções estão integradas como um todo sem início ou fim, no qual os Sistemas Internos são a maior esfera de influência.

Em decorrência da inter-relação entre as Substâncias Vitais e todo o corpo, segundo a MC, um problema que comece em uma parte do organismo pode vir a afetar outras partes, em qualquer direção. Assim, uma alteração inicialmente em *Shen* – como nas emoções – pode vir a afetar um Órgão, como, por exemplo, o Pulmão, se houver tristeza envolvida. Inversamente, um problema no Pulmão pode com o tempo vir a provocar tristeza na pessoa, já que essa emoção está ligada ao Pulmão.

Problemas ligados a *Xue* (sangue), ou ao Coração, podem especialmente trazer consequências ao aspecto mental da vida, como confusão mental, memória enfraquecida, percepção embotada etc. Por isso o exame da situação de tais elementos e seu devido tratamento trazem alívio das condições psíquicas que originaram.

Por exemplo, *Xue* (sangue) pode ficar enfraquecido em casos que chamaríamos de anemia. Do ponto de vista da MC, a produção de *Xue* depende do bom funcionamento de *Wei* (Estômago) e *Pi* (Baço), pois são estes que fornecem o *Gu Qi* para que *Xue* possa ser produzido. Portanto, é preciso nesses casos observar também como está a saúde destes últimos Órgãos. Por sua vez, *Xue* deficiente pode ocasionar problemas em *Shen*, isto é, na mente.

Há praticantes orientais da MC que afirmam que os distúrbios físicos geralmente têm origem na psique. E que os aspectos afetivo e sexual são frequentemente causa de problemas físicos. A vida de relação, enfim, como nos laços interpessoais, familiares, círculos de amizade, de trabalho, de comunidade e de cidadania, se torna, então, da maior importância para o diagnóstico e mesmo para a cura de problemas diversos. O bom terapeuta deve, por isso, tentar sondar, com bastante tato, como vão esses aspectos da vida do paciente.

Campiglia (*apud* Silva, 2007: 210-211) afirma que o conceito de *Qi* "engloba os conceitos de Libido, Orgônio e Energia Psíquica de Freud, Reich e Jung, pois apresenta características pessoais e universais que vão do biológico sexual ao existencial espiritual".

Os problemas que têm origem nas emoções, na vida de relações ou espiritual do ser humano requerem, tal como os demais aspectos da vida, uma solução que se refira a uma rearmonização dessas relações, nunca a uma negação ou anulação das possibilidades de estabelecer vínculos afetivos. Trata-se de remover a causa da desarmonia, não remover uma das necessárias partes da relação. Consequentemente, o isolamento não poderá ser um procedimento terapêutico válido nesta perspectiva.

Em boa parte deste texto, apresentamos informações para dar ao leitor a noção de conjunto, de inter-relacionamento dos componentes do corpo, e do corpo com o meio natural e social. Começamos também a caracterizar a saúde mental do ponto de vista da MC. A partir daqui, talvez já seja possível fazer as considerações sobre o modo como uma visão assim integrada de vida, saúde e universo pode ser útil para trabalhador de saúde *em campo*.

## A COSMOVISÃO CHINESA COMO ALTERNATIVA PARA INSPIRAÇÃO E ORIENTAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE

Cabe perguntar aqui se um sistema de medicina e cuidados com a saúde, baseado em uma cosmovisão diferente daquela com que lidamos desde o nível fundamental de ensino (a cosmovisão científica que utilizamos para dar crédito de *verdade* ou falsidade a tudo o que vemos e ouvimos falar) seria apropriado para entrar em ação junto com o sistema médico que se sustenta no referencial da ciência. Em termos mais simples, trata-se de indagar se a cosmovisão chinesa seria apropriada para uso, por exemplo, na atuação dos trabalhadores do SUS.

Para tentar responder a essa pergunta, vamos apenas considerar relatos de experiências práticas em que houve o contato entre a cosmovisão chinesa e a ocidental, uma vez que uma análise detida das contradições lógicas entre os diversos referenciais e as possíveis aproximações entre eles tomariam excessivo espaço neste texto e escapariam ao seu propósito. Além disso, as diferentes formas de medicina e terapêuticas, mesmo que antagônicas, sempre conviveram em todo o mundo, tanto em meio popular quanto nas práticas médicas (Unschuld, 2003).

Cintra e Figueiredo (2010) fizeram um estudo sobre a implantação da acupuntura e outras práticas chinesas nos serviços públicos de saúde do município de São Paulo. Nesse relato, destacam os seguintes pontos relativos ao uso da MTC no SUS: valorização da arte de curar, ou seja, a terapêutica predomina sobre a diagnose; recolocação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; reposição do sujeito doente como centro do processo; busca da autonomia do paciente,

e não sua dependência no tocante à saúde-enfermidade; interação com outras áreas que extrapolam os serviços de saúde, levando as pessoas a parques, ruas, e integração com seus próprios corpos e com o ambiente espacial e social.

Bellotto Junior, Martins e Akerman (2005) fizeram um trabalho de mapeamento de conhecimentos e de resultados obtidos com a acupuntura, entrevistando usuários dessa prática na Faculdade de Medicina do ABC (em Santo André, SP) e no sistema privado de saúde (em São Bernardo, SP). Embora os pacientes não apresentassem conhecimento satisfatório da acupuntura, haviam procurado espontaneamente esses serviços, "estimulados por resultados prévios satisfatórios e por indicação de pessoas próximas que já foram usuárias" (Bellotto Junior, Martins & Akerman, 2005: 83).

Tesser (2009: 1.732), levando em consideração tanto a literatura da área quanto as experiências dispersas no SUS, afirma que

> várias práticas complementares e seus praticantes portam saberes/técnicas especificamente voltados à promoção da saúde, que podem ser instrumentos/aliados nas missões a que se propõe esta última. Todavia, a exploração acadêmica do campo das MAC [medicinas alternativas e complementares] tem repercutido pouco sobre a saúde coletiva e o SUS, a ponto de apenas em 2006 ter havido uma política nacional a respeito.

Como o trabalhador da saúde poderia, então, se apropriar da abordagem da MC para aplicá-la em seu trabalho?

Acreditamos que uma das maiores diferenças entre a biomedicina e a MC, logo sentida pelos usuários das duas modalidades, está no modo mais atencioso e *humano* como é recebido e ouvido (no sentido literal e figurado da palavra) pelos profissionais da MC. Essa diferença talvez não seja resultado de características intrínsecas às duas modalidades, mas seria apenas uma diferença prática neste momento de nossa história. Pela descrição feita do diagnóstico na MC, fica evidente a quantidade de informações que o terapeuta talvez tenha de lidar ao abordar o paciente, vendo, ouvindo, sentindo e, mais do que perguntando friamente, *conversando* com ele.

É necessário juntar muitas informações para fazer o diagnóstico e traçar a estratégia de tratamento; e, para reuni-las, é preciso ouvir com atenção. Com a prática nesse tipo de atendimento, o profissional vai adquirindo a sensibilidade necessária, que é sentida pelo paciente como uma forma de respeito à sua pessoa.

Podemos nos alongar neste aspecto, que tem muito em comum com ideias já trabalhadas há algum tempo aqui mesmo no Ocidente.

Por certo que todos os profissionais que lidam com o público diretamente, como vendedores, cobradores de transportes públicos, balconistas, e tantos trabalhadores da saúde, desenvolvem verdadeiras estratégias para evitar situações difíceis e otimizar o trabalho que têm a fazer. Isso se torna tanto mais necessário quanto maior é a quantidade de atendimentos a serem feitos num determinado período, ou

quanto maior for a jornada de trabalho, e aí está um ponto que deve merecer toda a atenção das políticas públicas de saúde e de educação, por exemplo.

Um profissional da saúde que faça longos e seguidos plantões, ou um professor que trabalhe em várias escolas, da manhã à noite, com turmas abarrotadas de alunos, dificilmente terá um bom desempenho. É claro que não é possível manter a mesma qualidade no trabalho se a pressão por mais velocidade e quantidade aumenta. Há uma relação inversa entre quantidade e qualidade que deve ser considerada com muito cuidado, especialmente quando se trata de vidas (e tanto a saúde quanto a educação lidam com elas).

Em contrapartida, há o problema do usuário dos serviços, que nesse momento está exatamente na posição de receber um atendimento. Em se tratando de um serviço em saúde, e mais ainda, em saúde mental, é preciso que o profissional cultive sua sensibilidade, pois não sabemos o quanto um mero gesto ou uma palavra poderá influenciar positiva ou negativamente esse usuário. O trabalho do profissional ficará mais fácil se ele não tomar eventuais atitudes e palavras do usuário como grosserias dirigidas de forma pessoal a ele. *Compreender* é a palavra mágica aqui, e é um delicado equilíbrio que o profissional deve buscar, entre o acolhimento humano e o distanciamento profissional, para que ele possa efetivamente ajudar.

A valorização do ser humano, somente por ser gente; a validação da experiência alheia; a aceitação dos sentimentos vivenciados; a escuta e valorização de sua história, aquela que lhe dá um sentido, um modo de ver sua própria existência, boa ou má, alegre ou triste – além de serem condutas sumamente importantes para o profissional entender melhor a situação da pessoa que atende – também têm, por si mesmas, uma grande importância. Em palavras mais simples, a boa escuta tem tanto valor diagnóstico quanto terapêutico.

O terapeuta deve buscar também o equilíbrio no trato com o paciente, uma vez que certas condições patológicas envolvendo o Coração podem induzir a pessoa a falar excessiva e descontroladamente (o Coração tem relação com a língua e com a fala) (Maciocia, 1996). Nessas situações, a escuta do profissional da saúde deve ser ao mesmo tempo sensível e assertiva, a fim de focalizar a conversa no que realmente importa no momento do atendimento.

É fato que o ser humano, por definição (tomada da antropologia), não vive sozinho, ou no mínimo não se humaniza, nem permanece humano sozinho. Esse fato pode ser interpretado como uma certa fragilidade da vida humana, que está na origem de nossa interdependência.

Qualquer situação que implique mais redução da autonomia (já relativa) do sujeito gera compreensivelmente um aumento da sensação de fragilidade e dependência de cuidados. Em muitos casos, não nos damos conta desse fato. Isso ocorre, por exemplo, com pessoas idosas, até mesmo com aquelas consideradas saudáveis "para a idade";

com pessoas que sofreram acidentes graves (os socorristas ou paramédicos têm regras de conduta para a abordagem das vítimas de acidentes e catástrofes mesmo que a vítima pareça inconsciente).

O mesmo certamente sucede no atendimento em saúde mental. Nessa área, as dificuldades aumentam, entre outros fatores, por causa de antigas ideias ainda comuns em nossa sociedade: os fortes, os capazes e bem-sucedidos é que têm valor; quem faz uso de serviços de saúde mental é "louco"; não se pode partilhar os problemas, nem demonstrar fragilidade – é necessário resolver tudo sozinho – atitudes que refletem o individualismo característico de nossa época. O problema pode ser maior se a vítima for um homem, porque, afinal, segundo a herança machista, ele tem de ser forte: "homem não chora"!

Para a MC, o espírito humano é um dado natural, ao lado de tantos outros aspectos da vida em inter-relação. Preservar os laços, harmonizando-os, é o caminho da cura; separar ou dificultar o fluxo e o intercâmbio da comunicação entre pessoas constitui o processo de adoecimento. É a estagnação do *Qi*. Fazer o *Qi* e o *Xue* fluírem, fazer a vida fluir, as emoções fluírem, os contatos e vínculos fluírem é o modo como a natureza parece funcionar. E os ciclos, quando forem harmônicos, geram saúde; quando excessivos, geram doenças. Algum controle é desejável e saudável; controle total, além de impossível, é doentio. Produção é boa; superprodução, não. Pensamos que tais ideias derivadas da cosmologia chinesa e da MC podem ser compartilhadas nos atuais debates de saúde mental com os que defendem a desinstitucionalização.

Esses mesmos conceitos da MC podem ser analisados em nossa vida de relações, para termos outros parâmetros em saúde mental. O supercontrole que às vezes desejamos ter sobre coisas é doentio. A produção incessante para atender a um desejo de consumo cada vez mais desenfreado é igualmente doentia, até mesmo por contrariar a questão dos ciclos naturais, já que tudo se dá por ciclos, com momentos de atividade e momentos de repouso e quietude, sucedendo-se um ao outro: *Yin* e *Yang*.

Com base no que apresentamos até aqui, consideramos que os conhecimentos e as práticas da MC podem ser utilizados potencialmente por todos os profissionais da saúde. Tanto na atenção básica quanto fora dela, na abordagem ao usuário dos serviços ou em uma visita domiciliar da equipe de saúde da família, até mesmo nas salas de cirurgias, a MC (e a acupuntura) vem sendo aplicada com excelentes resultados, sem interferir negativamente com o conhecimento científico de base ocidental, o que pode ser comprovado na vasta produção da literatura especializada.

É claro, também, que esse uso requer qualificação, e ela existe para todos os níveis de ensino: da qualificação técnica em microssistemas – reflexologia, auriculoterapia e acupuntura – até as pós-graduações em acupuntura e MC. Em todos eles, os fundamentos apresentados aqui da MC são estudados porque não fazem parte (ao menos, ainda) de nossa formação de base científica ou biológica.

Finalizando nossas considerações, afirmamos que a cosmovisão chinesa é adequada para o trabalho na atenção básica/saúde da família, incluindo a saúde mental. Essa adequação se dá por várias razões, que passamos a comentar.

Primeiro, pelo fato de que estamos vivendo uma época de crise paradigmática e de uma crise específica no nosso sistema de saúde (Luz, 2005). O modo como estamos agindo vem nos conduzindo a uma situação insustentável. Em todo o mundo, as possíveis alternativas que vêm do exterior são estudadas e utilizadas, numa tentativa de ajudar a retomarmos o rumo de nossas práticas e mesmo de nossa forma de nos relacionar, seja de um ponto de vista micro, seja de um ponto de vista mais amplo, incluindo nossas relações sociais, trabalhistas e políticas.

Cabe observar que as relações a que nos referimos incluem a relação com a própria natureza e o meio ambiente, uma vez que vez que nosso modo de convivência (o *eu* com todos os outros *não eu*) é um reflexo de nossos valores mais profundos e da maneira de ver o conjunto das coisas: nossa cosmovisão. Uma cosmovisão inclusiva e não hierárquica, baseada no pressuposto básico da inteligência da natureza, parece ser mesmo uma bem-vinda influência sobre nosso modo individualista, exclusivista e arrogante de querer sempre e mais controlar a natureza e o meio ambiente – para não falar de nossas tendências de controle da vida dos demais seres humanos.

Segundo, porque a MC – e o sistema de cuidados com a saúde baseados nessa cosmovisão – vem provando seu valor de cura, tanto na milenar história da civilização chinesa quanto nas aplicações contemporâneas às nossas questões de saúde, promoção e cuidado. Em uma grande variedade de problemas comuns de saúde, diversos sistemas terapêuticos inspirados por esta abordagem são simples e surpreendentemente eficazes – auriculoterapia, reflexologia podal, escalpuntura e outros.

Terceiro, porque essa cosmovisão diferenciada pode e vem sendo aplicada de uma maneira que não impede a continuidade do uso de nossas tecnologias e da ciência para objetivos mais específicos. Isto é exatamente (ou quase) o oposto da proposta da acupuntura científica, que busca tomar a acupuntura apenas como uma técnica, desvinculada da cosmovisão chinesa e adaptando-a ao referencial científico.

Quarto, porque a abordagem da MC ao trabalho em saúde traz um componente de centralidade do sujeito no processo de cura, em vez de enfatizar a doença em si. Traz a escuta e a sensibilidade, a atenção, o cuidado e o respeito às idiossincrasias e às múltiplas influências de vida, coisas importantes para a humanização do atendimento.

Quinto, porque as concepções da MC sobre as questões de saúde mental vêm ao encontro do atual trabalho pela desinstitucionalização, ao valorizarem as relações pessoais, familiares e sociais no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico.

Sexto, porque o uso da acupuntura e da MC em geral, nos agravos em que se aplicam, pode vir a dispensar o uso de fármacos e de tecnologia cara e de difícil acesso, sendo essa uma das razões pelas quais a OMS recomenda o aproveitamento dos potenciais das medicinas integrativas e complementares.

Por último, porque a cosmovisão chinesa traz implícita a compreensão da inteligência da natureza – consequentemente do corpo – e de seus ciclos; compreensão que pode significar mais uma contribuição para reduzir a tendência de medicalização social, além de concorrer para o empoderamento do sujeito em relação à sua saúde.

Essas são algumas das razões pelas quais consideramos que o estudo da MC e a sua aplicação no SUS podem ser – e já são – de grande valor para alcançarmos os objetivos relacionados à promoção da saúde (além do diagnóstico e da cura, obviamente). Acreditamos ainda que, a médio prazo, vamos descobrir outras possíveis vantagens (e desvantagens) dessa mudança paradigmática. Porém, no balanço geral, confiamos na permanência da excelente relação custo-benefício atual.

## SUGESTÕES DE LEITURA

FAUBERT, G. *A Cronobiologia Chinesa.* São Paulo: Ibrasa, 1990.

HERNG, W. J. *Iniciação ao Taoísmo.* v.1. Rio de Janeiro: Mauad, 2000.

OTSU, R. *A Sabedoria da Natureza*. São Paulo: Ágora, 2006.

## REFERÊNCIAS

BELLOTTO JUNIOR, N.; MARTINS, L. C. & AKERMAN, M. Impacto dos resultados no tratamento por acupuntura: conhecimento, perfil do usuário e implicações para promoção da saúde. *Arquivos Médicos do ABC*, 30(2): 83-86, 2005.

CINTRA, M. E. R. & FIGUEIREDO, R. Acupuntura e promoção da saúde: possibilidades no serviço público em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32): 139-154, 2010.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 15: 145-176, 2005.

MACIOCIA, G. *Os Fundamentos da Medicina Chinesa*. São Paulo: Roca, 1996.

SILVA, A. L. P. A psique e a acupuntura. *Psicologia Argumento*, 25(49): 209-211, 2007.

SILVA, E. D. C. & TESSER, C. D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(11): 2.186-2.196, 2013.

SVOBODA, R. & LADE, A. *Tao e Dharma.* São Paulo: Pensamento, 1998.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8): 1.732-1.742, 2009.

UNSCHULD, P. U. *Nan-Ching: o clássico das dificuldades*. São Paulo: Roca, 2003.

*Formato:* 16 x 23 cm
*Tipologia:* Caxton Lt Bt, Esphimere e NewsGoth Cn Bt
*Papel:* Pólen bold 70 g/m² (miolo)
Cartão Supremo 250g/m² (capa)
*CTP, impressão e acabamento:* Imo's Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, novembro de 2019.

Esta coletânea aborda uma temática pouco explorada na atenção básica: a articulação entre cuidado, saúde mental e território. A nossa parceria com a equipe da pesquisa que deu origem ao livro  tem produzido inúmeros encontros importantes. São espaços de troca e compartilhamento de saberes que ajudam nas reflexões sobre as práticas de cuidado produzidas pelos residentes e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família na relação com os seus usuários.

A publicação de *Saúde Mental para a Atenção Básica*, além dos méritos inegáveis dos textos apresentados, demonstra o despojamento dos pesquisadores para compreender a complexidade do cuidar em territórios acometidos por um alto grau de empobrecimento da população, crescimento da violência urbana, aumento da medicalização dos problemas sociais e uma baixa oferta de políticas públicas. Possibilita-nos também perceber as potencialidades do SUS, da articulação entre saúde mental e saúde da família e do cuidar ampliando a esperança.

*Maria Alice Pessanha*

Professora, pesquisadora e coordenadora do
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família,
da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz

ISBN: 978-85-7541-495-8